

Liebe Patientin,
Lieber Patient,

für Ihre Behandlung bei der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in Büdingen vereinbaren Sie am besten telefonisch während unserer Öffnungszeiten einen Termin für ein erstes Gespräch. Eine Behandlung findet in der Regel dann noch nicht statt. Wir besprechen zunächst den Hergang des Eingriffs, klären Sie über mögliche Risiken auf und geben Ihnen Verhaltenstipps für die Zeit vor und nach der OP.

Bitte bringen Sie zum Gespräch folgende Unterlagen mit:

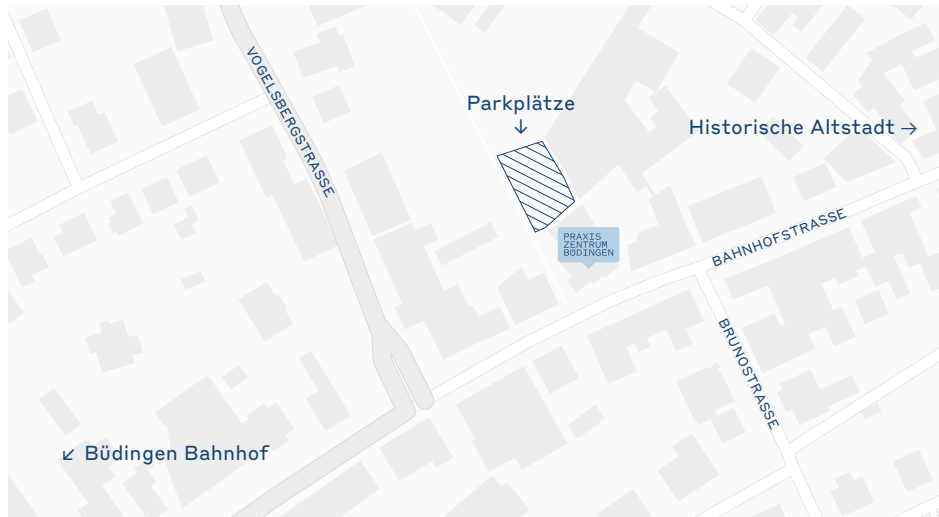
- Röntgenbilder bzw. Unterlagen zu weiteren bildgebenden Untersuchungen
- Überweisungsschein
- Ärztliche Befunde
- Auflistung der Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen
- Falls vorhanden: Röntgenpass, Allergiepass, Implantatpass
- Versicherungskarte, falls Sie gesetzlich versichert sind
- Bei Minderjährigen sollte eine erziehungsberechtigte Person anwesend sein.

Wenn Sie akute Beschwerden oder Schmerzen haben, rufen Sie uns einfach an. Sie bekommen noch am gleichen Tag einen Termin.

Alles Weitere besprechen wir am besten persönlich in unserer Praxis.

PraxisZentrum Büdingen
Bahnhofstraße 9
63654 Büdingen
Tel. +49 6042 – 3543
Fax +49 6042 – 2419
mkg@praxiszentrum-buedingen.de
www.praxiszentrum-buedingen.de

Öffnungszeiten:
Mo/Di/Do 7:00–18:00 Uhr
Mi/Fr 7:00–16:00 Uhr



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/des Versicherten	geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Bitte führen Sie nur folgenden Auftrag durch:

Rücksprache erbeten

ORALCHIRURGIE

Operative Entfernung von _____
Mikroskopische WSR an _____
Oralchirurgische Behandlung _____

IMPLANTOLOGIE

Implantation an _____
Prothetisches Ziel _____
Periimplantitistherapie _____

RÖNTGENBILDER

Akt. Röntgenbilder anbei/anfordern
Bitte Röntgenbilder anfertigen
Bitte DVT regio

Parodontal- und Weichgewebeschirurgie

Parodontitis-Behandlung _____
Chir. Ergänzungstherapie _____
Schleimhautbeurteilung regio _____

Gewünschtes Implantatsystem:

Camlog Straumann Ankylos
Xive S Plus Titan Keramik
Andere: _____

Endodontologie

WKB an _____
Revision an _____

Praxisstempel / Unterschrift