

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



DR. DR. UFFELMANN
KIEFERCHIRURGIE

Überweisungsformular für Ihre gewünschten Leistungen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Entfernung Zahn _____ | <input type="checkbox"/> Behandlung Risikopatient _____ | <input type="checkbox"/> Implantatberatung _____ |
| <input type="checkbox"/> WHZ Osteotomie _____ | <input type="checkbox"/> PA-Therapie _____ | <input type="checkbox"/> Implantation regio _____ |
| <input type="checkbox"/> WSA Zahn _____ | <input type="checkbox"/> Vestibulumplastik / Schlotterkammexcision regio _____ | <input type="checkbox"/> Knochenaugmentation _____ |
| <input type="checkbox"/> orthograd <input type="checkbox"/> retrograd | <input type="checkbox"/> Lippen-/ Wangen-/ Zungenbandplastik regio _____ | <input type="checkbox"/> Implantatsysteme _____ |
| <input type="checkbox"/> Zystenbehandlung regio _____ | <input type="checkbox"/> Behandlung Kiefergelenk/ Myoarthropthie/ Dysfunktion _____ | <input type="checkbox"/> Straumann _____ |
| <input type="checkbox"/> Freilegung Zahn _____ | <input type="checkbox"/> Schleimhautveränderung/ PE/ Tumorentfernung regio _____ | <input type="checkbox"/> Camlog _____ |
| <input type="checkbox"/> Bracket kleben _____ | <input type="checkbox"/> Excision Hautveränderung _____ | <input type="checkbox"/> andere _____ |
| <input type="checkbox"/> MAV-Verschluss _____ | <input type="checkbox"/> Behandlung Verletzung _____ | |
| <input type="checkbox"/> Abzessincision _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Fokussuche _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Überwiesen durch (Stempel):

Bitte führen Sie den oben genannten Eingriff durch in:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Analgosedierung | <input type="checkbox"/> Vollnarkose | |
| <input type="checkbox"/> Rückruf erbeten | <input type="checkbox"/> Visitenkarten senden | <input type="checkbox"/> Neue Überweisungsvorlagen senden |

Dr. Dr. U. Uffelmann
Facharztpraxis für Mund-,
Kiefer- und Gesichtschirurgie

Anschrift
Grazer Straße 27
70469 Stuttgart-Feuerbach

Kontakt
Tel.: 0711 / 8 10 55 10 info@kieferchirurgie-stuttgart.de
Fax: 0711 / 8 10 55 11 www.kieferchirurgie-stuttgart.de



DR. DR. UFFELMANN
KIEFERCHIRURGIE



Richtung A81
Stgt. Feuerbach
←

↑ Richtung A 81
Stgt. Zuffenhausen

Richtung
Bad Cannstatt
→

Richtung Stgt.
Hauptbahnhof
→

U Haltestelle Wilhelm-Geiger-Platz
(U6 und U13)

P Burgenlandzentrum
(Einfahrt St.-Pöltener-Straße)