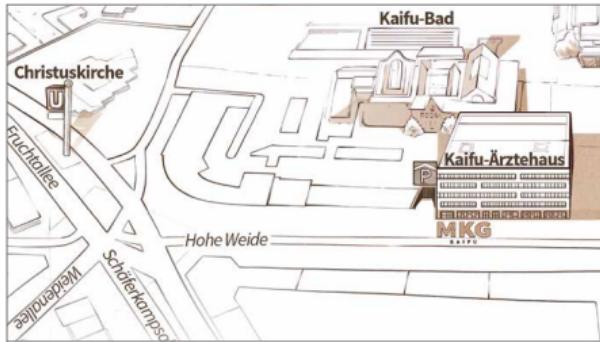




PRAXISKLINIK FÜR
MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE
IM KAIFU-ÄRZTEHAUS HAMBURG

DR. MED. DR. MED. DENT. ARTUN ATAC

barrierefrei & behindertengerecht



ÜBERWEISENDE/R ÄRZTIN/ARZT/PRAXIS:



NAME DER PATIENTIN/DES PATIENTEN: _____

ZAHN

- Entfernung
- Wurzelspitzenresektion
 - orthograd retrograd
 - Pulpa trepaniert ja nein

Röntgenbild vorhanden? Nein

Wenn ja: Welches?

Anmerkungen:

IMPLANTATE

- Straumann
- Nobel Biocare
- Camlog
- _____

Bohrsabplatte vorhanden?

- ja nein

Knochenaugmentation

Sinuslift

Anmerkungen:

SONSTIGES

- Dysgnathieberatung
- Plastische/ästhetische Eingriffe
 - Facelift
 - Augenlidkorrektur
 - Narbenkorrektur
 - Hyaluronsäure/Filler
- DVT Digitale Volumentomographie

Anmerkungen:
