

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum	

Vertragsarztstempel

Ich bitte um Vornahme folgender Leistungen:

- Beratung Behandlung
 Entfernung der Zähne
 Freilegung der Zähne 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
 Diastema-OP _____
 Apicale Sanierung der Zähne mit WK/WF 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
 Plast. Parodontalchirurgischer Eingriff
 präprothetische Chirurgie (Verbesserung Prothesenlager) OK UK
 Implantatberatung regio _____
 Bevorzugtes Implantatsystem _____
 Untersuchung und Behandlung von Kiefergelenksbeschwerden
 Focussuche
 Traumatologie (Luxations- / Frakturbehandlung)
 Verdacht auf Neuralgie im Bereich / regio _____
 Abklärung eines unklaren Befundes im Bereich / regio _____
 Chirurgische Dysgnathiekorrektur
 Narben-, Falten-, Lidkorrektur
 Sonstiges: _____
 Behandlung in Vollnarkose Analgosedierung
 Röntgenuntersuchung: Orthopantomogramm
 OK-Aufbiß UK-Aufbiß Mundboden
 Nasennebenhöhlenaufnahme
 Kiefergelenksaufnahme

Bemerkungen: _____

Kassengebühr: bezahlt nein ja am: _____ für Quartal: _____
Datum

Handzeichen: _____

Fachpraxis für
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Oralchirurgie
Zertifizierte Implantologie
Zertifizierte Parodontologie

TRs

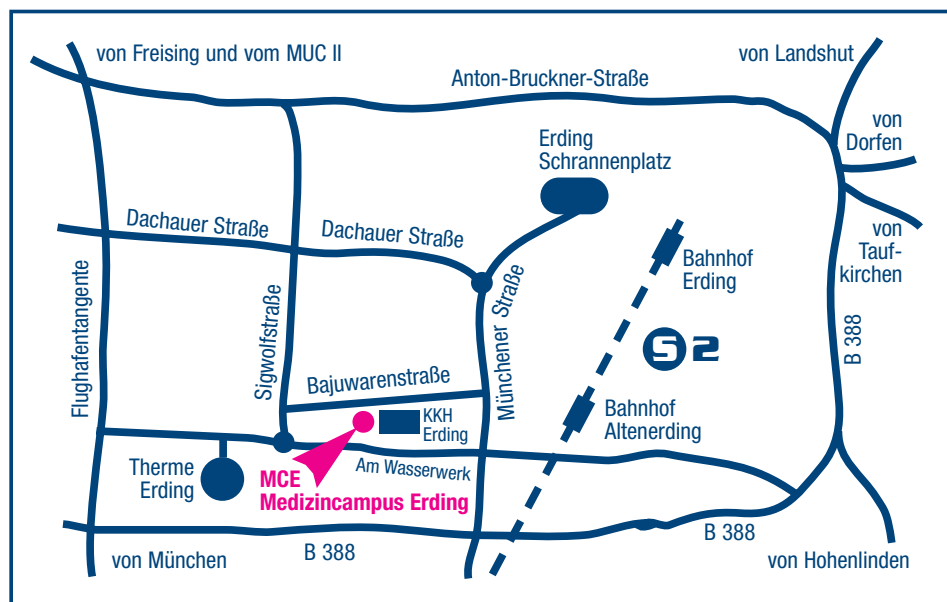
Dr. med. **Bernd G. Rehberg**
Dr. med. dent. **Daniel Tolan, M. Sc.**
Dr. med. dent. **Rainer Schenk**

MCE · Medizincampus Erding
Bajuwarenstraße 7 · 85435 Erding
Tel. 081 22- 90 15 45 · Fax 90 15 44
praxis@mkg-erding.de · www.mkg-erding.de



SPRECHZEITEN:

Montag, 8:00 - 13:00 + 14:00 - 18:00 Uhr
Dienstag, Mittwoch, Donnerstag, 8:30 - 13:00 + 14:00 - 19:00 Uhr
Freitag, 8:00 - 14:00 Uhr
sowie nach Vereinbarung



Ihr
persönlicher
Termin: _____

Kann der Termin nicht eingehalten werden, bitte spätestens 24 Stunden vorher abmelden.