

DR. MED. DENT. THOMAS WIENER

Fachzahnarzt für Oralchirurgie . Diplom Implantologie

Rechte Glanzeile 22

5020 Salzburg

+ 43 662 43 97 77

office@dr-wiener.at

www.dr-wiener.at



**\* Alle Kassen**

**Achtung für Kassenärzte:**

Für die gewünschte chirurgische Behandlung benötigen wir bitte einen **Zuweisungsschein**.

Bei Ihnen als Hauszahnarzt wird die E-Card des Patienten als „**Regelfall**“ gesteckt und bei uns als Chirurgen als „**Zuweisung**“. Dadurch wird die E-CARD des Patienten in diesem laufenden Quartal nicht beim Hauszahnarzt gesperrt, da dies von der Krankenkasse dann nicht als Behandlerwechsel gewertet wird.

**. Patient In:** \_\_\_\_\_

**. Chirurgie**

- Zystenentfernung \_\_\_\_\_
- Kieferhöhlenverschluss \_\_\_\_\_
- Exzision \_\_\_\_\_
- Vestibulumplastik \_\_\_\_\_
- Zahnfreilegung \_\_\_\_\_
- Traumatologie \_\_\_\_\_
- Lippen - | Zungenbändchen \_\_\_\_\_

**. Zahnentfernung**

- Weisheitszahnentfernung \_\_\_\_\_
- Wurzelrestentfernung \_\_\_\_\_
- Extraktion \_\_\_\_\_

**. Implantologie**

- regio \_\_\_\_\_
- mit Prothetik \_\_\_\_\_
- Röntgen anbei \_\_\_\_\_

**. chirurgische Endodontie**

- Wurzelspitzenresektion \_\_\_\_\_

**. Parodontologie**

- Chirurgische Parodontalbehandlung \_\_\_\_\_

---

\* Bitte Rückseite beachten



### . Sonstige Behandlung

- Nachsorge | Nahtentfernung
- Mundschleimhautveränderung
- \_\_\_\_\_

### . Röntgendiagnostik

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OPG _____           | bitte mitgeben auf                |
| <input type="checkbox"/> DVT regio _____     | <input type="checkbox"/> CD       |
| <input type="checkbox"/> Volumen 5 x 5 _____ | <input type="checkbox"/> Ausdruck |
| 6 x 8 _____                                  | <input type="checkbox"/> Mail     |
| 8 x 8 _____                                  | <input type="checkbox"/> _____    |
| 9 x 15 _____                                 |                                   |

### . Allgemeines

- Bitte um Rückruf \_\_\_\_\_
- Bitte neue Überweisungsbögen \_\_\_\_\_
- Bitte neue Visitenkarten \_\_\_\_\_

Stempel | Unterschrift

---



\* Parkplätze vorhanden



\* Barrierefreier Eingang | Lift