

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



FACHARZT
DR.DR. PHILIPP KLEY

MUND | KIEFER | GESICHTSCHIRURGIE
 ORALCHIRURGIE
 IMPLANTOLOGIE

Bahnhofstraße 2 | 93413 Cham | 09971/9945450

Überweisung zur Durchführung folgender Leistung/-en:

- Zahnentfernung / -freilegung: _____
- Wurzelspitzenresektion: _____ WF: orthograd retrograd
- Implantate /Augmentation: _____
- Implantatberatung: _____
- Geplante Prothetik: _____
- Mundschleimhautbefund: _____
- Parodontalchirurgie: _____
- Befund /Abklärung regio: _____
- OPG / DVT: _____

Überweisung von:
 Praxisstempel/
 Unterschrift:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege! Bitte denken Sie an die rechtzeitige Übersendung eines eventuell vorhandenen Röntgenbildes

Ich bitte um: Rückruf Visitenkarten Überweisungsformulare

Bahnhofstraße 2 | 93413 Cham

09971/ 9945450
info@mkg-in-cham.de
www.mkg-in-cham.de

Sie finden uns
im Postgebäude
Eingang Bahnhofstraße

