

## Überweisung

**Patientenname:**

**SV-Nummer:**

Bitte um Durchführung folgender Behandlung:

Implantat Regio\_\_\_\_\_

Knochenaufbau Regio\_\_\_\_\_

Weisheitszahnentfernung Regio\_\_\_\_\_

Operative Zahnentfernung Regio\_\_\_\_\_

Wurzelspitzenresektion Regio\_\_\_\_\_

– mit retrograder Füllung ja nein  
bitte ankreuzen

Biopsie Regio\_\_\_\_\_

Freilegung/ Beklebung Regio\_\_\_\_\_

DVT Regio\_\_\_\_\_

Sonstiges:

Ordinationsstempel/ Datum

**Bitte vorab um Terminvereinbarung**

Ordination Dr Felix Wick  
Mariahilferstrasse 105  
1060 Wien  
066011159570

\_\_\_\_\_