

Überweisender Zahnarzt (Stempel)

Überweisung mit der Bitte um

- Beratung  Therapie

Name des Patienten \_\_\_\_\_

Zahn / Region \_\_\_\_\_

### Implantologie

- Implantation
- Knochenaufbau
- Sinusbodenelevation
- KFO – Implantate

### Parodontalchirurgie

- Regenerative Behandlung
- Resektive Tascheneliminierung
- Rezessionsdeckung
- Chirurgische Kronenverlängerung
- Verbreiterung keratinisierte Gingiva

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Dr. Martin Untch M.Sc.

Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Master of Science in Parodontologie und Implantattherapie

Bahnhofstr. 9 63654 Büdingen

Telefon: 06042 – 3543 Telefax: 06042 – 2419

E-Mail: info@zahnarzt-untch.de



### Oralchirurgie

- Zahnfreilegung
- Wurzelspitzenresektion
- Operative Zahnentfernung
- Bändchenplastik
- Abszessbehandlung
- Kieferhöhlenoperation, Deckung MAV
- Exzision
- Sonstige dentoalveoläre Chirurgie
- Unfallversorgung
- Risikopatient
- Schmerzdiagnostik bzw. -therapie
- Kiefergelenksdiagnostik bzw. -therapie