

Praxis Dr.Hilscher  
Max-Högg-Straße 3  
86316 Friedberg

Tel.: 0821 / 259 258 - 0  
Fax: 0821 / 259 258 - 29

E-Mail: mail@mkg-friedberg.de  
www.mkg-friedberg.de

#### UNSERE SPRECHZEITEN:

Mo 8.00 - 17.00 Uhr  
Di + Mi 8.00 - 16.30 Uhr  
Do 8.00 - 19.00 Uhr  
Fr 8.00 - 13.00 Uhr

Ambulante Tagesklinik für  
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie,  
plastische Operationen und Implantologie  
**Dr. med. Christian Hilscher & Kollegen**

- Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie  
zertifiziert nach DGMKG/BDO
- Augmentative Verfahren/Knochenmanagement
- Parodontalchirurgie
- Allgemeine zahnärztliche Chirurgie
- Mikroskopisch gestützte WSR  
und retrograde WF
- MKG-chirurgische Eingriffe in ITN und LA,  
ambulant und stationär
- Plastische Operationen

## Überweisung zur Behandlung / Beratung

### Ihr persönlicher Termin

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



Parkplätze stehen zur Verfügung.

<b>AoK</b>	<b>Ikk</b>	<b>bkk</b>	<b>ikk</b>	<b>VdAK</b>	<b>Aev</b>	<b>Knappschaft</b>	<b>Privat</b>
Name des Versicherten							
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.			Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis			Datum			

Datum/Stempel

**Ich bitte um Vornahme folgender Leistungen:**

- Beratung:  Fragestellung: \_\_\_\_\_  
 Behandlung:  Rücksprache erbeten: \_\_\_\_\_

- Entfernung folgender Zähne inkl. Zystenentfernung ⑧ ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ① | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧
- Zahnfreilegung ⑧ ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ① | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧
- Zahnsanierung inkl. Zystenentfernung in Intubationsnarkose
- Wurzelspitzenresektion mit orthograde WF, mit retrograde WF inkl. Zystenentfernung
- Parodontalchirurgie
- Mikrochirurgie
- Präprothetischer Eingriff
- Implantatberatung regio \_\_\_\_\_
- Knochenaufbau \_\_\_\_\_
- Solitäre Zystektomie \_\_\_\_\_
- Untersuchung und Behandlung von Kiefergelenksbeschwerden
- Fokussuche
- Traumatologie/Unfall \_\_\_\_\_
- Begutachtung \_\_\_\_\_
- Abklärung eines unklaren Befundes Bereich/regio \_\_\_\_\_
- Dysgnathiebehandlung \_\_\_\_\_
- Narben-, Falten-, Lidkorrektur \_\_\_\_\_
- Sonstiges, Bemerkungen \_\_\_\_\_
- Behandlung in  Vollnarkose  Analgesiedierung  LA
- Röntgenuntersuchung  OPG  ZF  Gelenkaufnahme
- Volumentomographie/DVT

Bericht via:  Telefon  Mail  Fax  Brief  
 Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Kassengebühr bezahlt  ja  nein für Quartal: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift