

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



MKG WELLINGDORF
 Dr. med. Falk Wüsthoff
 Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Schönberger Straße 11
 24148 Kiel

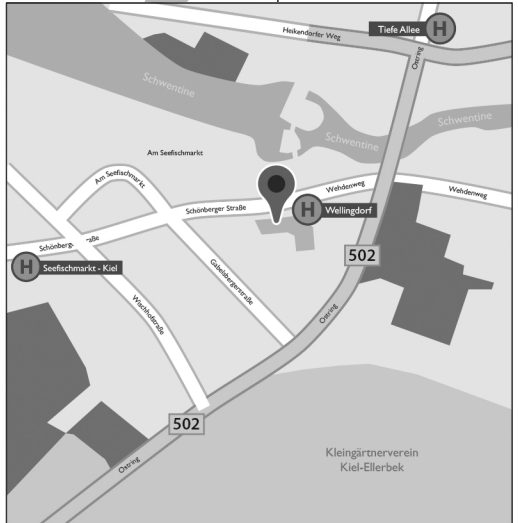
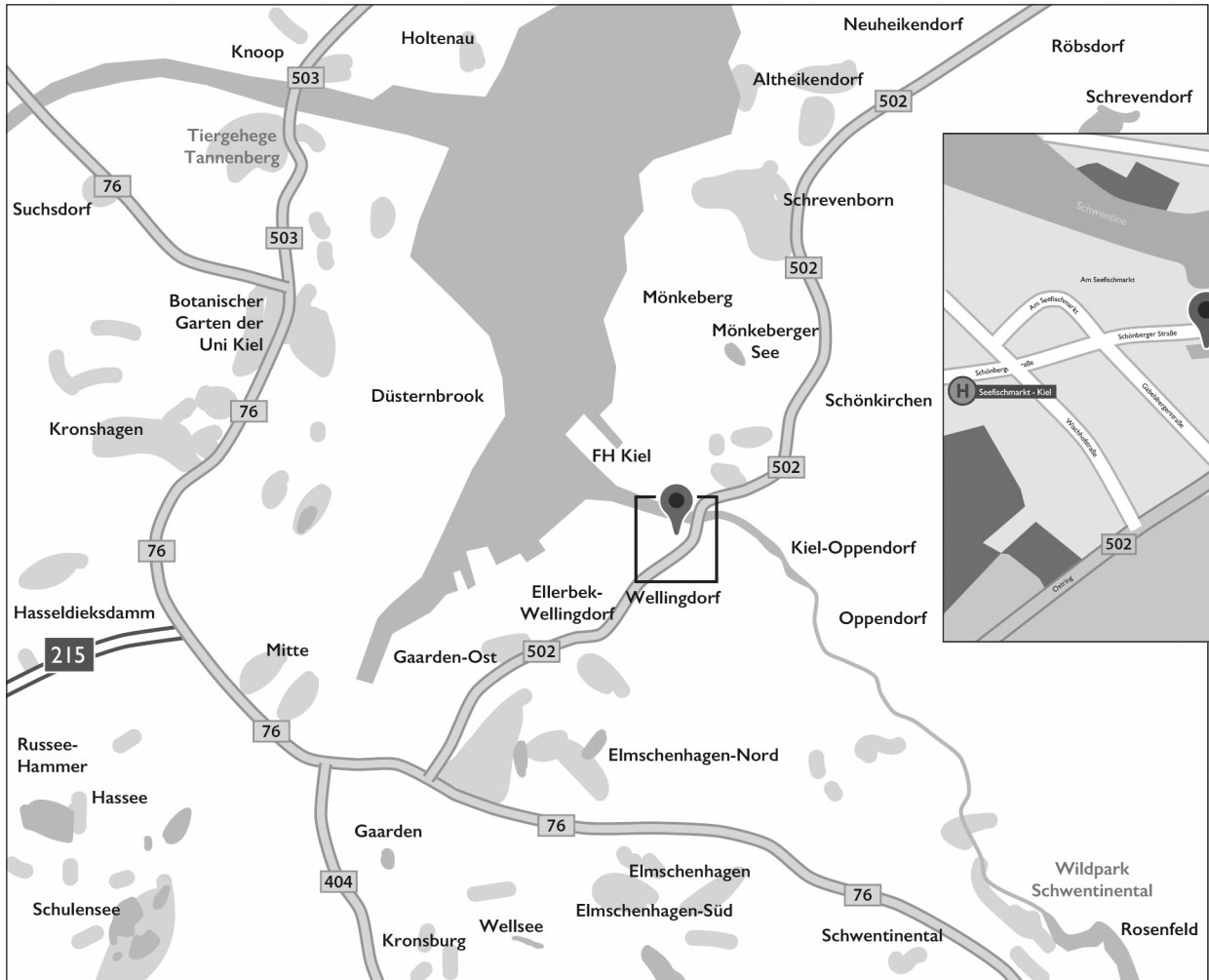
T: 0431 72 07 100
 F: 0431 72 07 111

info@mkg-wellingdorf.de
 www.mkg-wellingdorf.de

ÜBERWEISUNG ZUR DURCHFÜHRUNG FOLGENDER LEISTUNG / -EN:

- Zahnentfernung von: _____
- Wurzelspitzenresektion: _____ WF: _____ orthograd retrograd
- Implantate: _____
- Augmentation: _____
- Kieferorthopädische Chirurgie: _____
- Mundschleimhautbefund: _____
- Parodontalchirurgie: _____
- Befund/ Abklärung regio: _____
- OPG/ DVT: _____
- Sedierung Allg. Narkose
- Ich bitte um: Rückruf Visitenkarten Überweisungsformulare

Überweisung von:
 Praxisstempel



Schönberger Straße 11
 24148 Kiel
 info@mkg-wellingdorf.de
 www.mkg-wellingdorf.de

T: 0431 72 07 100
 F: 0431 72 07 111