

Überweisungsformular zur Implantologie an Dr. med. Uwe Sander

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie
Kurfürstendamm 213, 10719 Berlin Tel: 030-88922800, Fax: 030-889228060



Überweisender Zahnarzt: _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|---|---|---|---|------------------------|---|---|--------------|------------------|------------------|
| Patientenname: | | | | | | | | | | Geburtsdatum: | | | | | | | | | | |
| Gewünschte Implantatposition | OK Befund | | | | | | | | | | | | | | | | | | | OK Befund |
| | rechts | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | links | | |
| | UK Befund | | | | | | | | | | | | | | | | | | UK Befund | |
| Gewünschtes Implantatsystem: <input type="checkbox"/> Astra <input type="checkbox"/> Camlog <input type="checkbox"/> 3i <input type="checkbox"/> Dentsply <input type="checkbox"/> Straumann <input type="checkbox"/> Keramik <input type="checkbox"/> andere: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geplante prothetische Implantatversorgung: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| beiliegend: <input type="checkbox"/> Röntgenbilder <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> Modelle <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> OK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zahntfernung regio | | | | | | | | | | ist erfolgt am: | | | | | Komplikationen: | | | | | |
| Folgende Zähne sollen chirurgisch entfernt werden: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vorbehandlung abgeschlossen (Parodontologie etc.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Vereinbarung einer Privatbehandlung mit gesetzlich versicherten Patienten gemäß §4 Abs. 5b BMV-Z(für Primärkassen) bzw. gemäß §7 Abs 7 EKV-Z(für Ersatzkassen)

Name und Adresse des Versicherten/Patienten: _____

Mir ist bekannt, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter Vorlage der Krankenversicherungskarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden.

Die Beratung und Behandlung im Rahmen von Operationen für implantatgetragenen Zahnersatz mit den dazugehörigen Untersuchungen, Röntgenbildern und Kostenvoranschlägen ist keine Leistung der vertragszahnärztlichen Versorgung und wird von der gesetzlichen Krankenkasse nicht bezahlt. Für derartige Privatleistungen können Kosten aus der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) entsprechend der folgenden Tabelle entstehen.

| Leistungsbeschreibung | GOÄ/GOZ-Ziffer | |
|--|-----------------------|-------------------|
| Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung | GOÄ3 | 30,60 |
| Vollständige Untersuchung... Mund-Kiefer... | GOÄ6 | 20,71 |
| Panoramaschichtaufnahme | GOÄ5004 | 58,29 |
| Aufstellen eines. schriftlichen Heil- und Kostenplanes | GOZ0030 | 25,87+Porto |
| Gesamtbetrag etwa | | 60€ - 150€ |

Ich wünsche ausdrücklich die private Beratung, Untersuchung und ggf. Kostenplanung und komme für die entstehenden Kosten auf.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Dr. U. Sander