

Hiermit überweise ich Ihnen meine/n Patientin/en

Name: _____

Termin: _____

Praxisstempel

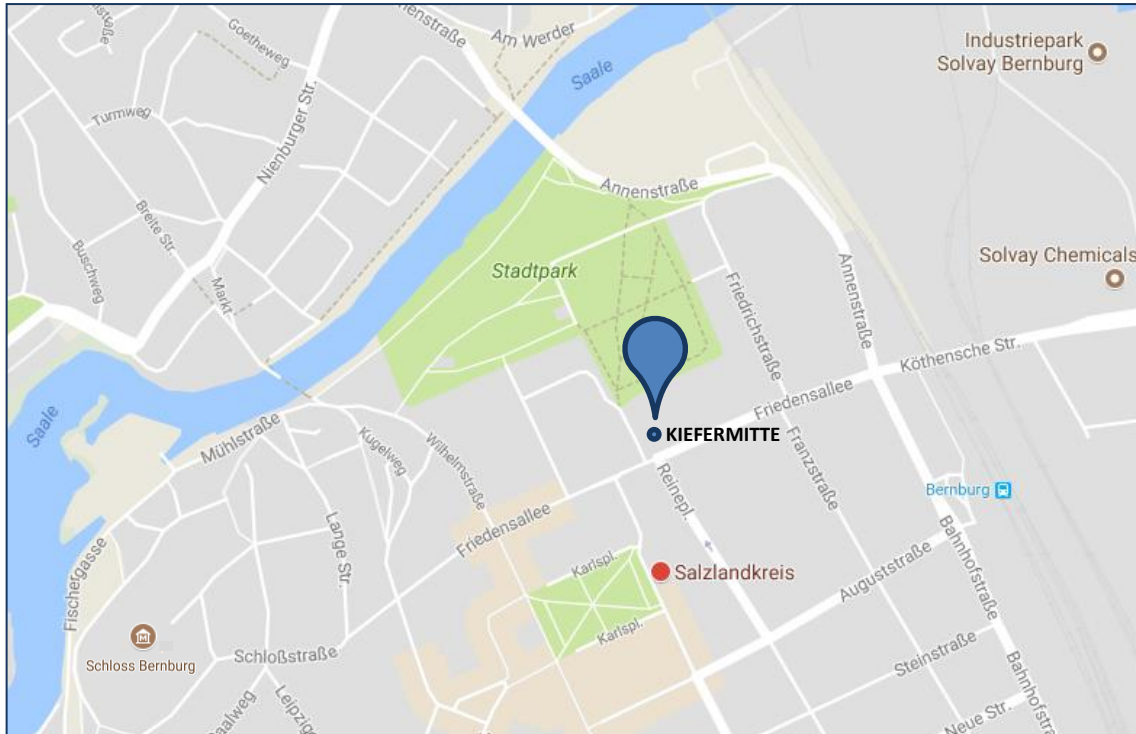
Zur Durchführung folgender Leistung/en

- Operative Entfernung/Extraktion der folgenden Zähne _____
- Wurzelspitzenresektion an Zahn _____
- Operative Freilegung der Zähne _____
- Mundschleimhautveränderung in Regio _____
- Korrektur von Lippenbändchen, Zungenbändchen _____
- Orthopantomographie (OPG) _____ Digitale Volumentomographie (DVT) _____
- Implantatberatung/Knochenaufbau/Versorgung mit Implantaten in Regio _____

- Exzision von Hauttumoren und anderen auffälligen Veränderungen _____
- Sonstige Maßnahmen/Bemerkungen _____



Praxisgemeinschaft für
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Oralchirurgie
Implantologie · Parodontologie



Dr. med. Stefan Naaber

Facharzt für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie

Dr. med. dent. Hermann Klinsmann

Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkte:
Implantologie und Parodontologie

KIEFERMITTE BERNBURG

Friedensallee 27 | 06406 Bernburg

Telefon: 03471 - 642 682

info@kiefermitte-bernburg.de

www.kiefermitte-bernburg.de

Öffnungszeiten

Montag bis Donnerstag: 8.00 bis 18.00 Uhr

Freitag: 8.00 bis 15.00 Uhr

Termine nach telefonischer Vereinbarung