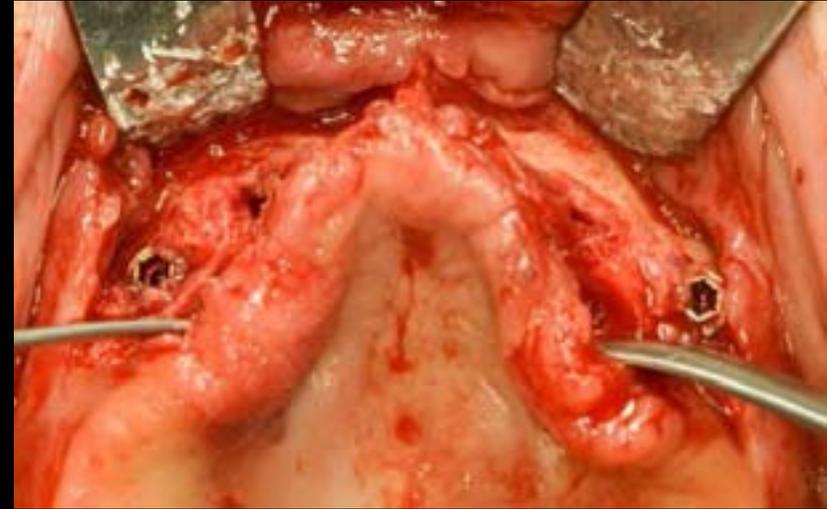


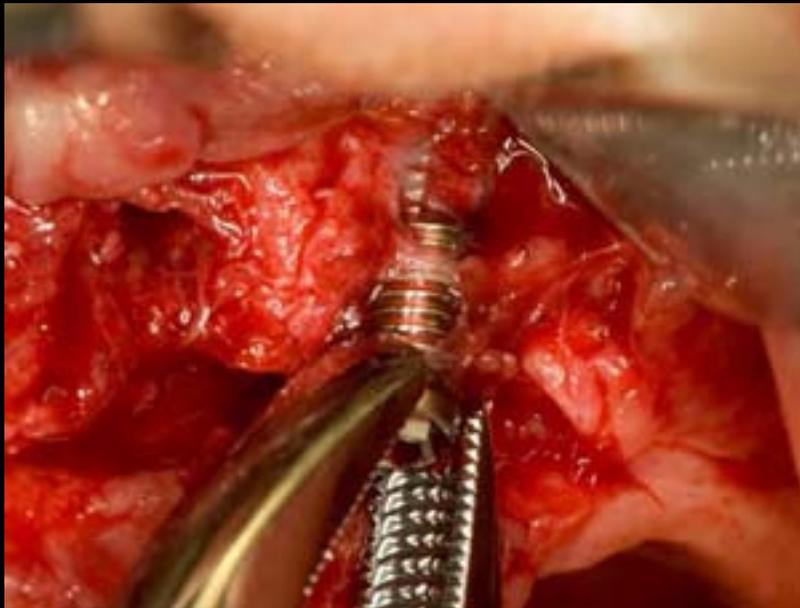
Ein wesentlicher Teil des Aufgabenbereiches
des Fachbereiches „Orale Chirurgie“ der ZMK
liegt im Management von Komplikationen und Misserfolgen !

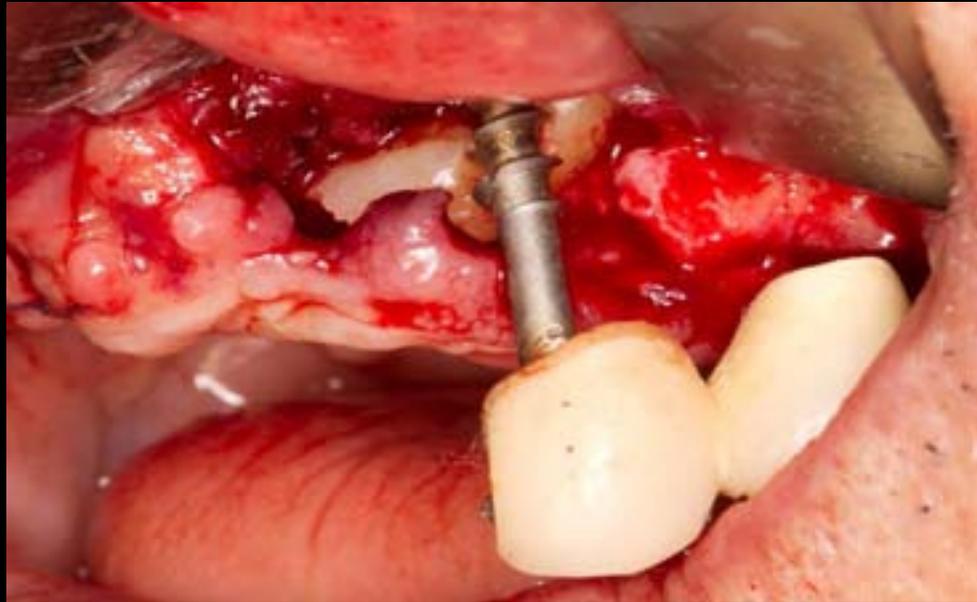
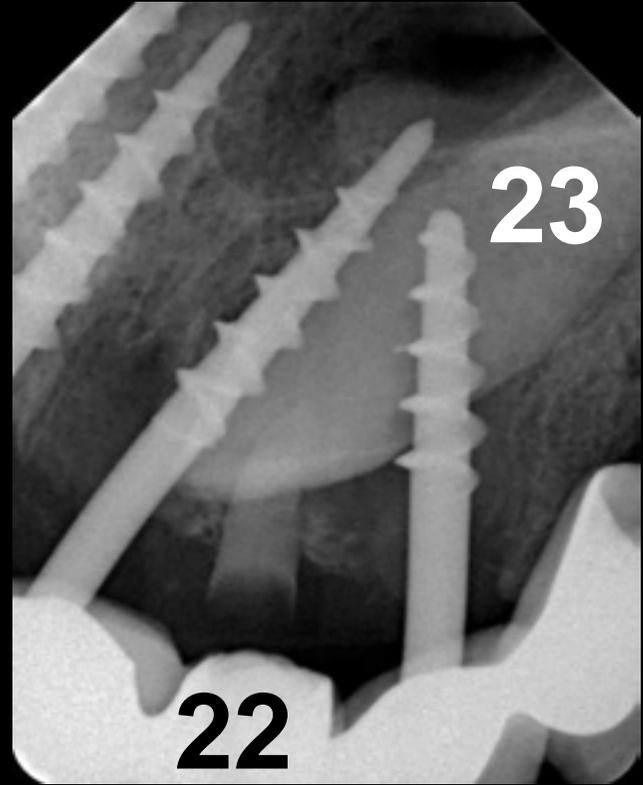
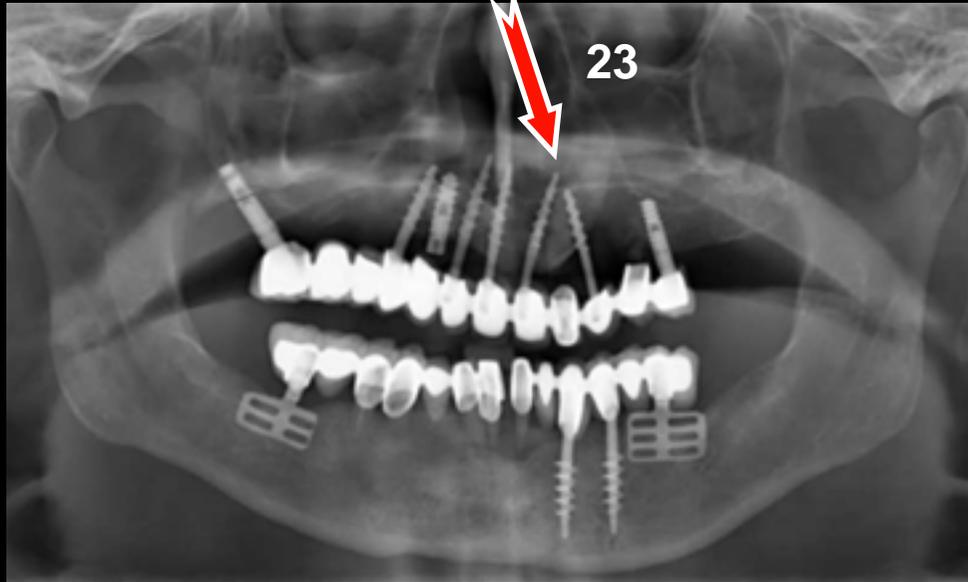
Beispiele, Ursachenanalyse und Management von oralchirurgischen Komplikationen

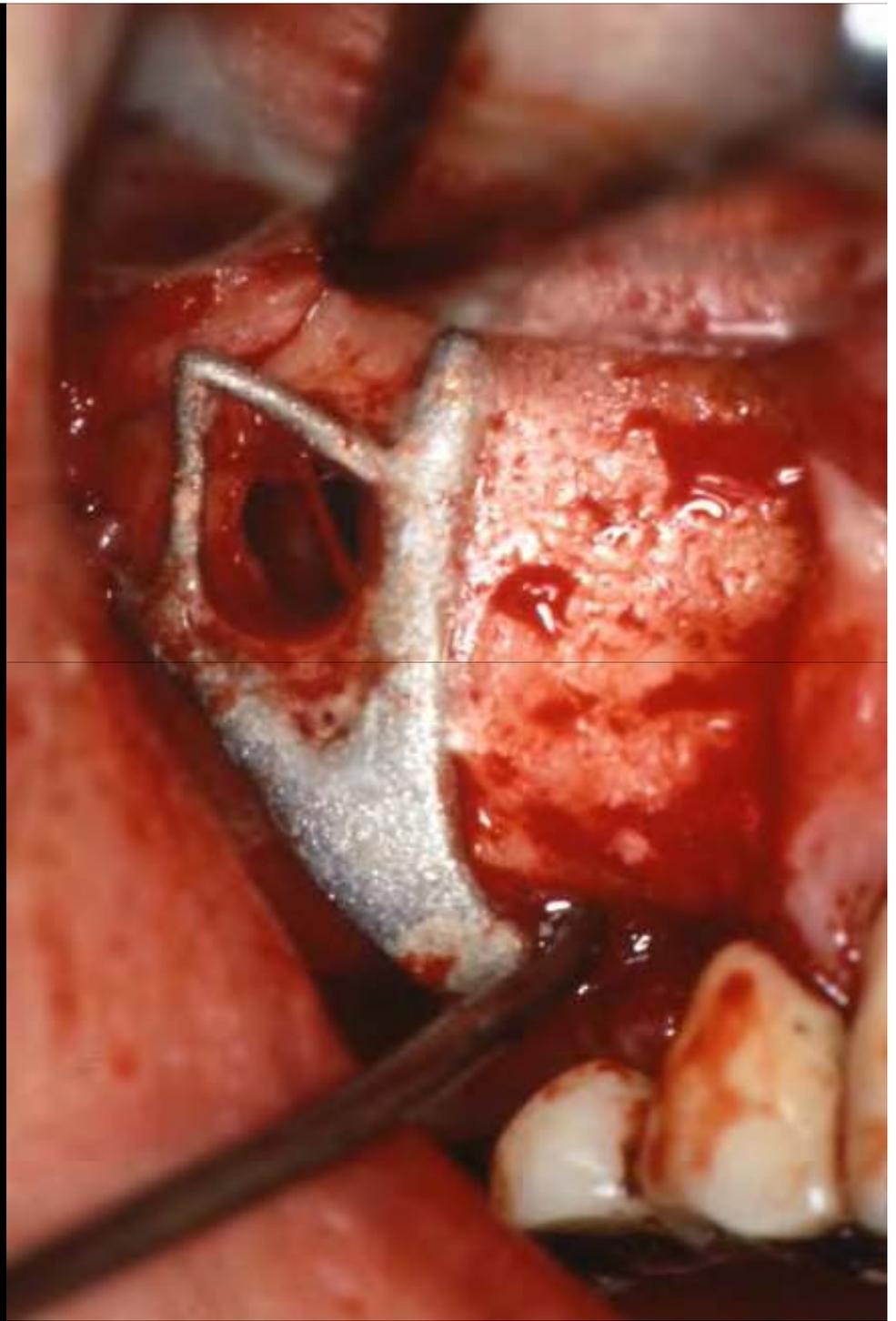
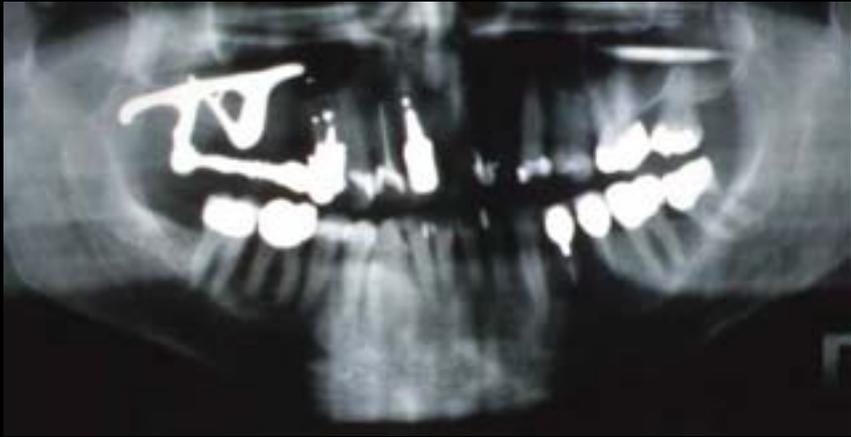
C. Ulm

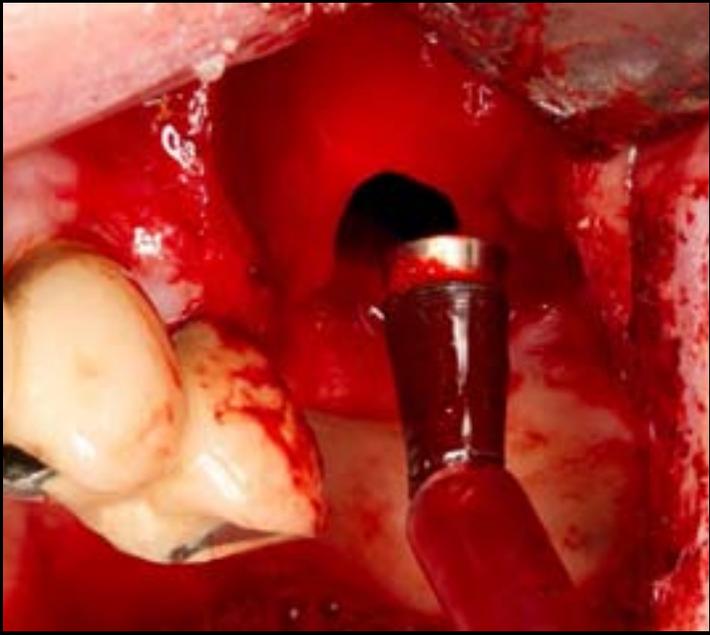
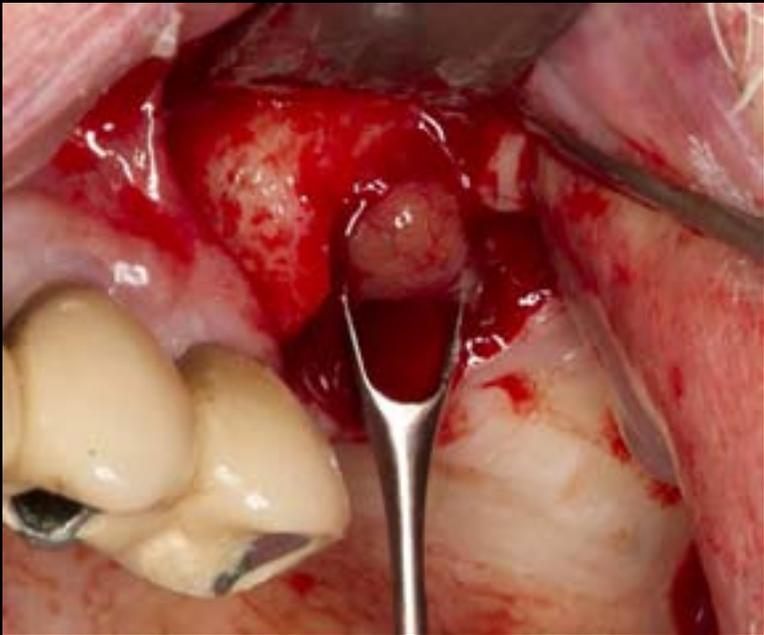
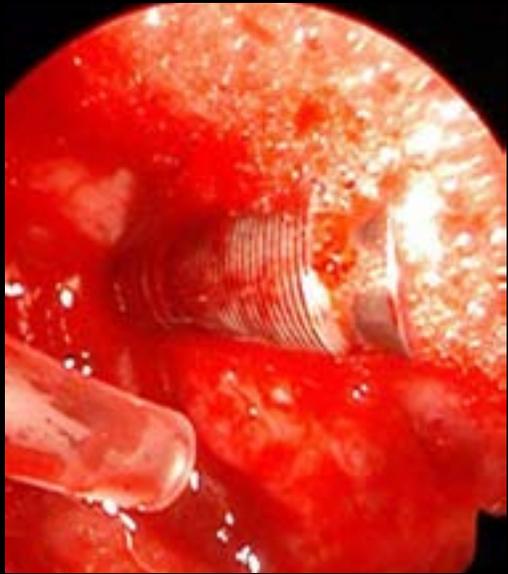


Explantation / Cavum nasi









ÜBERWEISUNGSFORMULAR ORALE CHIRURGIE

Patientendaten		
<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	Titel	
<input type="radio"/> Selbstversichert <input type="radio"/> Pensionist		<input type="radio"/> Staatsangehörigkeit
Familiennamen Patient/in	Vorname Patient/in	Staat
SV-Nr. (0000) / Geb. Datum (TT MM JJ)	Krankenkasse	Telefon
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer/Stiege/Türnummer)		Kontaktperson auf der Klinik (falls bekannt)
Versichertendaten (Nur ausfüllen, wenn die/der Patient/in ein/e Angehörige/r ist)		
<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	Titel	
<input type="radio"/> Selbstversichert Versicherter <input type="radio"/> Pensionist Versicherter		<input type="radio"/> Staatsangehörigkeit
Familiennamen des Versicherten	Vorname	Staat
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer/Stiege/Türnummer)		SV-Nr. (0000) / Geb. Datum (TT MM JJ)
		Krankenkasse

Ich bitte um Durchführung folgender Therapie bei meinem Patienten in Regio:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Augmentations Regio: _____ | <input type="radio"/> Weisheitszahnentfernung/operative Zahnentfernung/Extraktion Regio: _____ |
| <input type="radio"/> Implantation Regio: _____ | <input type="radio"/> Präprothetische Chirurgie Regio: _____ |
| <input type="radio"/> Freilegung (mit/ohne Anschlingung) eines ret. Zahnes Regio: _____ | <input type="radio"/> Para-Chirurgie/Weichteilchirurgie Regio: _____ |
| <input type="radio"/> KFO-Verankerungsschraube, KFO-Platte Regio: _____ | <input type="radio"/> Begutachtung der Mundschleimhaut Regio: _____ |
| <input type="radio"/> WSR ortho-/retrograd Regio: _____ | <input type="radio"/> Begutachtung/chirurgische Beratung wegen _____ |
| <input type="radio"/> Zahntransplantation Regio: _____ | |

Wir würden Sie bitten, Folgendes Ihrem Patienten mitzugeben:

- Eventuell bereits vorliegenden (prothetischen, kieferorthopädischen) Behandlungspläne
- Röntgenbilder/Dental CT (können nur mit Befund berücksichtigt werden) - Röntgenbilder können Sie alternativ auch an radio@zmk.unizahnklinik-wien.at schicken
- Relevante allgemeinmedizinische Befunde und Medikamentenlisten

Die Terminvereinbarung für Ihren Patienten erfolgt telefonisch bei der Leitstelle der chirurgischen Ambulanz unter (01) 40070/4121 (Mo-Fr, 8-14h).

Datum (TT MM JJJJ)

Stempel & Unterschrift des/der überweisenden Zahnärztes/ärztin

Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Um die Wartezeit für Ihre/Ihren Patientin/en auf ein Minimum zu reduzieren, können Sie das bereits ausgefüllte Anamnesenformular insgesamt per **E-Mail** an radio@zmk.unizahnklinik-wien.at oder per **Fax** an 0140070-2001 senden.

Überweisung bei Komplikationen:

- alle Röntgenbilder
- kurzer Bericht
- ev. Medikamente (?)
- ev. tel. Absprache

Überweisungsformular
„Orale Chirurgie“
abrufbar über

www.unizahnklinik-wien.at

TEAM DER ORALEN CHIRURGIE

