

PRAXISKLINIK

# HEEL HZ ZUCH

ORALCHIRURGIE & IMPLANTOLOGIE

Stempel überweisender Arzt/Zahnarzt

Datum

**Wir bitten um**

Rückruf

Arztbrief

**Bitte führen Sie bei Frau/Herrn** \_\_\_\_\_

folgende Maßnahmen durch

Röntgendiagnostik

Revisionseingriff

DVT 3D-Diagnostik

Abklärung einer Schleimhautveränderung

Fokussuche

regio \_\_\_\_\_

Implantatberatung regio \_\_\_\_\_

Abklärung eines unklaren Befundes

Kiefergelenksdiagnostik

\_\_\_\_\_

Entfernung/Freilegung Zähne \_\_\_\_\_

Parodontalchirurgie

Wurzelspitzenresektion Zahn \_\_\_\_\_

Flap-Operation

mit orthograder Füllung

Augmentation (GBR)

mit retrograder Füllung

Membrantechnik (GTR)

Präprothetische Chirurgie

Periimplantitistherapie

**Patient wünscht Behandlung in**

Lokalanästhesie

Intubationsnarkose

Analgosedierung

Bemerkung \_\_\_\_\_

Dr. med. dent.  
**MARTIN HEEL**  
FACHZAHNARZT FÜR  
ORALCHIRURGIE

Dr. med. dent.  
**TIMO CASSIAN ZUCH**  
FACHZAHNARZT FÜR  
ORALCHIRURGIE

Landwehrstraße 9  
80336 München  
(Eingang über Mathildenstraße)  
TEL 089.545 847 - 0  
FAX 089.545 847 - 2

MAIL info@heelzuch.de  
WEB www.heelzuch.de

**SPRECHSTUNDEN**  
Mo, Di, Do 8.00 – 17.00 Uhr  
Mi 8.00 – 16.00 Uhr  
Fr 8.00 – 13.00 Uhr

PRAXISKLINIK

# HEEL HZ ZUCH

ORALCHIRURGIE & IMPLANTOLOGIE

