

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank, dass Sie Patienten zu uns überweisen möchten. Wir möchten mit Ihnen zusammen die beste Therapie für Ihre Patienten finden und durchführen. Um Missverständnisse vorzubeugen, ist uns ein persönlicher Kontakt zu Ihnen sehr wichtig. Zögern Sie nicht bei Fragen, Kritik oder Anregungen Kontakt mit uns aufzunehmen. Nach Ablauf der chirurgischen Behandlung geben wir die Patientin in Ihre Obhut zurück.

Schwerpunkte unserer Praxis

- Ein Schwerpunkt unserer Praxis ist die navigierte Implantologie. Wir arbeiten mit dem renommierten Zahntechniklabor Implantec/Ulm zur Herstellung präziser 3D gedruckter Navigationsschablonen zusammen.
- Als Implantatsysteme stehen uns Straumann, Camlog und DentsplySirona Astratech zur Verfügung. Sie bestimmen das für Sie geeignete Implantatsystem. Komplexe Augmentationen werden bei Bedarf gerne durchgeführt.
- In unserer Praxis steht ein digitaler Volumetomograph zur Verfügung. Mit Hilfe neuester Software führen wir gerne Untersuchungen mit ausführlichem Befundbericht für Sie durch.
- Oralchirurgische Aufgaben sind die chirurgische Zahnerhaltung mit Hilfe von Wurzelspitzenresektionen, die operative Entfernung bzw. Freilegung von retinierten Zähnen, Zahntransplantationen, präprothetische Operationen und die Entfernung von ausgedehnten Zysten.
- Zusammen mit Kollegen/-innen der Dermatologie erfolgt nach Resektion von Hautveränderungen der plastisch-chirurgische Wundverschluss mit lokalen Verschiebelappenplastiken bzw. Hauttransplantationen.
- Die Behandlung von Kieferfehlstellungen erfolgt in einem interdisziplinären Ansatz zusammen mit Kooperationspartnern an der Uniklinik Freiburg und an der Oberschwabenklinik Ravensburg.

In der Anlage haben wir unser Überweiserformular, welches Sie zusätzlich auf unserer Homepage zum Download finden können.

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit und stehen für Rückfragen sehr gerne zur Verfügung

Ihr Marc Anton Füßinger
MKG Füßinger

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Überweisung zur Durchführung folgender Leistung/-en

Dr. Dr. M. A. Füßinger
Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Bitte hier noch: Albrechtstr. 70, 88045 Friedrichshafen

Telefon : 07541 - 26044
Mobil : 0173 - 875255
FAX : 07541 - 33933

Beratungs- und Öffnungszeiten

Montag - Donnerstag: 08:00 – 13:00 Uhr **UND** 13:30 – 18:00 Uhr
Freitag 08:00 – 13:00 Uhr

sowie nach Vereinbarung

Wegbeschreibung

Bus: ÖVM: Buslinie 12 bzw. RB 7395 (Haltestelle Albrechtstr. bzw. Landratsamt); Zug (Haltestelle Landratsamt)

PKW: PKW: B31 in Richtung Lindau bzw. Meersburg, Höhe Rewe-Einkaufsmarkt gegenüber dem Landratsamt

Datum, Unterschrift, Stempel

- Röntgendiagnostik OPG DVT Region _____
- (Verdachts-) Diagnose _____
- Operative Entfernung /Extraktion Zahn _____
- Implantatberatung _____
- Implantation _____
- gewünschtes System _____ alternativ _____

(bitte ankreuzen)

3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 · 1 2 3 4 5 6 7 8

- WSA Zahn _____
- retrograde WF Wurzelfüllung präoperativ (Hauszahnarzt)
- Zystenbehandlung in reg. _____
- Freilegung Zahn _____
- mit Bracketklebung Kette Draht
- Abszeßbehandlung in reg. _____
- Vestibulumplastik/Schlotterkammexzision in reg. _____
- Parodontalchirurgie _____
- Lippen-, Zungen-, Wangenbandplastik _____
- Exostosenabtragung _____
- Probeexzision/Tumorentfernung _____
- Beurteilung Mundschleimhaut in reg. _____
- Kontrolle Mundschleimhaut erwünscht erfolgt beim HZA
- Entfernung Hauttumor _____
- ambulante Narkosebehandlung _____
- ästhetische Gesichtschirurgie (Ober-, Unterlidplastik, Narbenkorrektur, Faltenbehandlung)

Ergänzungen _____

- Rückruf erbeten unter _____
- Erbitten Zusendung Visitenkarte Flyer Überweisungsschein

Anlage

- Modelle OPG Zahnfilm _____

