

ÜberweiserIn/AnsprechpartnerIn: \_\_\_\_\_

Patientenname: \_\_\_\_\_

Zahn/regio: \_\_\_\_\_

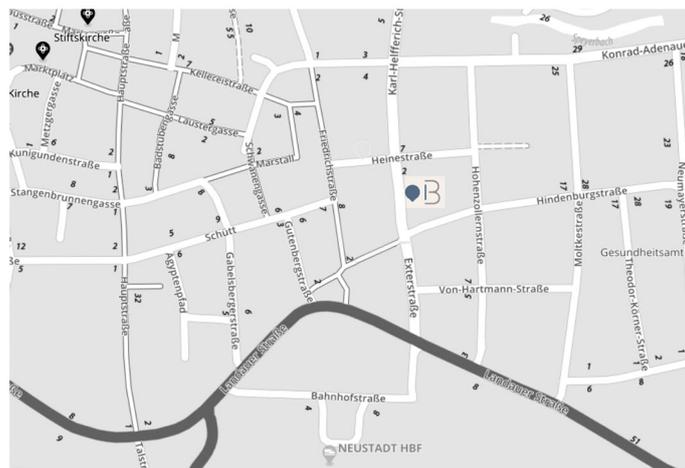
Gewünschte Behandlung:

- Implantation
- Augmentation/Sinuslift
- Parodontalchirurgie
- Entfernung von Hauttumoren/Hautveränderungen
- Mitbeurteilung und ggf. bioptische Sicherung von Haut-/Schleimhautveränderung
- Narbenkorrektur
- Behandlung von Patienten unter antiresorptiver Therapie (Bisphosphonate, Denosomab)
- Zahntentfernung
- Weisheitszahntentfernung
- Wurzelspitzenresektion
- Freilegung von Zähnen/Zahnkeimen
- Zahnfleischtransplantation
- Behandlungen von Kiefer- und Weichgewebezysten

Ergänzende Hinweise:

Bitte senden Sie uns vor Erstvorstellung Ihres Patienten etwaige vorhandene Röntgen-Aufnahmen per Email ([info@berger-mkg.de](mailto:info@berger-mkg.de)) zu. Danke.

Hindenburgstraße 1  
67433 Neustadt an der Weinstraße  
Tel. 06321 81 000  
[info@berger-mkg.de](mailto:info@berger-mkg.de)  
[www.berger-mkg.de](http://www.berger-mkg.de)



**Dr. med. Dr. med. dent. Moritz Berger**  
Arzt und Zahnarzt | Facharzt für Mund-, Kiefer- und  
Gesichtschirurgie | Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Hindenburgstraße 1 | 67433 Neustadt a.d. Weinstraße  
Tel. 06321 81 000 | [info@berger-mkg.de](mailto:info@berger-mkg.de)  
[www.berger-mkg.de](http://www.berger-mkg.de)