



PROFESSOR DDR. WOLFGANG SCHLOSSAREK

Überweisender Arzt (Praxisstempel):

Datum:

Zuweisungsformular

Patient:

Name/Vorname _____

Krankenkasse _____ Vers.nr. _____

Privatversicherung _____

Grund der Zuweisung / Durchzuführender Eingriff:

- Operative Entfernung der 8er
- Serienextraktion, Einzelzahnextraktion
- WSR/Zystenbehandlung
- Implantation (kostenpflichtig – Erstberatung 50 €)
- Kieferchirurgische Beratung (kostenpflichtig - ohne Röntgenanfertigung 150 €)
- Sonstiges: _____

Dringlichkeit? ja nein

Bemerkungen: _____

Wir danken für die Zuweisung!
Prof. Dr. Wolfgang Schlossarek & Team
Terminvereinbarung Montag bis Donnerstag 10 – 12 Uhr und 13:30 - 15 Uhr
Tel: 01/5123203

Allgem. beeid. und gerichtl. zertifizierter Sachverständiger
Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie; Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,
Johannesgasse 15, 1010 Wien, Telefon 512 32 03, Fax 512 32 03 9, e-mail ordination@schlossarek.at, www.schlossarek.at
ERSTE Bank der österr. Sparkassen AG, IBAN AT58 2011 1000 0980 2134, BIC GIBAATWWXXX