



# MKG

DR. MED. LILIAN HAHNEFELD *Laim*  
MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE

 Agnes-Bernauer-Str. 86  
80687 München

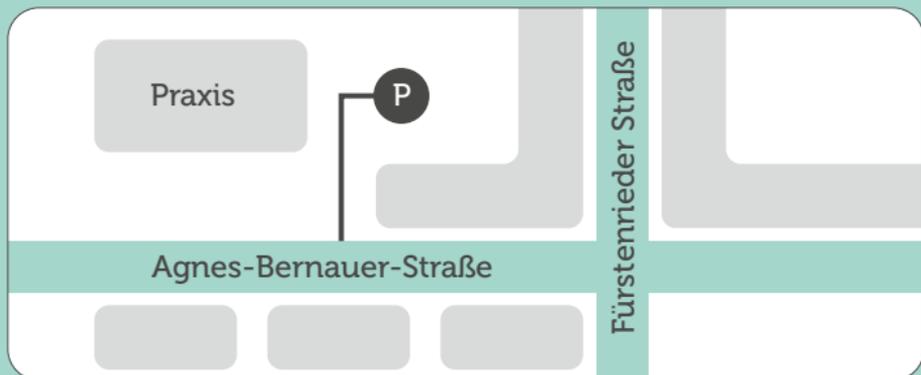
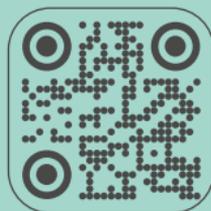
 089 / 58 34 34

 089 / 58 17 18

 mail@mkg-laim.de  
www.mkg-laim.de



Parkplätze befinden sich im Hof,  
Zufahrt über Agnes-Bernauer-Straße:



Name des Patienten:

Anmerkung:

Bitte ankreuzen:

I		II
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
IV		III



### Gewünschte Behandlung:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Extraktion/Zahntfernung                       | <input type="checkbox"/> Abklärung unklarer Befund                 |   |
| <input type="checkbox"/> Antikoagulation                               | <input type="checkbox"/> Implantation/Implantatsystem              |   |
| <input type="checkbox"/> antiresorptive Therapie                       | <input type="checkbox"/> Camlog <input type="checkbox"/> Straumann |   |
| <input type="checkbox"/> Weisheitszahntfernung                         | <input type="checkbox"/> Sonst.: _____                             |   |
| <input type="checkbox"/> WSR/Wurzelspitzenresektion                    | <input type="checkbox"/> Augmentation/Sinuslift                    |   |
| <input type="checkbox"/> Zahnfreilegung                                | <input type="checkbox"/> Rezessionsdeckung                         |   |
| Kettchen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein     | <input type="checkbox"/> Parodontalbehandlung                      |   |
| <input type="checkbox"/> Freiliegender Knochen                         | <input type="checkbox"/> DVT-Anfertigung+Beurteilung               |   |
| <input type="checkbox"/> Fokussuche                                    | <input type="checkbox"/> CMD                                       |   |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie                                  | <input type="checkbox"/> Trauma                                    | <input type="checkbox"/> Ästhetikberatung |
| <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut Veränderung/Beurteilung       |  |   |
| <input type="checkbox"/> Korrektur v. Lippen-, Zungen-, Wangenbändchen |  |   |

### Sedierung erwünscht?

- |                              |                                  |  |
|------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ITN | <input type="checkbox"/> Lachgas | <input type="checkbox"/> Analgosedierung |
|------------------------------|----------------------------------|--|

### Bericht/Rückmeldung über:

- |                                  |
|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Telefon |
| <input type="checkbox"/> Mail    |
| <input type="checkbox"/> Brief   |
| <input type="checkbox"/> Fax     |

Praxisstempel