



MKG  
Olching

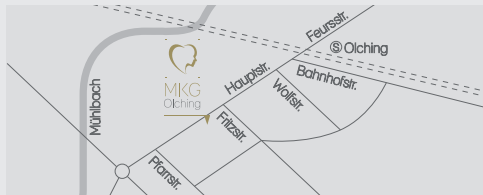
Dr. medic. Dr. medic. stom. Manfred Gehl  
Facharzt  
für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie  
Plastische Operationen

Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie  
Ambulante Operationen

Hauptstraße 25  
82140 Olching

Tel.: 08142 - 44 88 38 9

[www.mkg-olching.de](http://www.mkg-olching.de)  
[praxis@mkg-olching.de](mailto:praxis@mkg-olching.de)



# Behandlungsauftrag:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Weisheitszahnentfernung                                     | <input type="checkbox"/> WSR   |
| <input type="checkbox"/> Beratung Implantologie                                      | <input type="checkbox"/> Augmentationen/Sinuslift                                      |
| <input type="checkbox"/> Parodontologie  | <input type="checkbox"/> Chirurgische und regenerative Therapie                        |
| <input type="checkbox"/> Rezessionsdeckung   | <input type="checkbox"/> Laserbehandlung   |
| <input type="checkbox"/> Beratung zur plastischen und ästhetischen Gesichtschirurgie | <input type="checkbox"/> Digitale Volumetomographie                                    |
| <input type="checkbox"/> Dermatochirurgie  | <input type="checkbox"/> 3D-Planung KFO-/HNO- Behandlung                               |
| <input type="checkbox"/> 3-D-Planung Implantologie                                   | <input type="checkbox"/> FRS <input type="checkbox"/> NNH <input type="checkbox"/> OPG |

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Extraktion                  | Bohrschablone   |
| <input type="checkbox"/> Freilegung (Zahn/Implantat) | <input type="checkbox"/> Anfertigen <input type="checkbox"/> Anbei        |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung           | Gewünschte Narkose:   |
| <input type="checkbox"/> Orthograd                   | <input type="checkbox"/> Lachgas <input type="checkbox"/> Analgosedierung |
| <input type="checkbox"/> Retrograd                   | <input type="checkbox"/> ITN  |

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Zahn: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_ Region: \_\_\_\_\_

Gewünschtes Implantatsystem: \_\_\_\_\_

Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rückruf erwünscht?     Ja     Nein    Tel.: \_\_\_\_\_

Ihr Termin:

am \_\_\_\_\_

um \_\_\_\_\_ Uhr

Praxisstempel