

DR. MED. DR. MED. DENT. OLIVER STARKE

Praxis für Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie
- Plastische & Ästhetische Operationen -

im Gesundheitszentrum „Am Klieversberg“
Sauerbruchstr. 13, 38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 / 890 6400 - Fax: 05361 / 890 6401



Gesichtschirurgie am Klieversberg

Sie wurden gerade von Ihrem behandelnden Arzt oder Zahnarzt aufgefordert sich zur weiteren Behandlung bei mir vorzustellen. Zunächst einmal möchte ich versuchen Ihnen die Angst vor dem Besuch bei mir zu nehmen. Bei unserem ersten Termin erfolgt noch keine Operation und ich werde Ihnen ganz in Ruhe erklären, wie ich Ihnen helfen kann und Sie über die Risiken aufklären. Unter dem folgenden Link können Sie bequem von zu Hause den Anamnese- und Aufnahmebogen ausfüllen. Einfach den QR-Code mit dem Handy scannen oder dem Link folgen

<https://paypir.de/gak>



Anfahrt

- Mit dem Auto: Aus der Stadtmitte: Folgen Sie innerhalb der Stadt bitte der Beschilderung „Klinikum“.
Aus Richtung Braunschweig oder Magdeburg: Fahren Sie an der Anschlussstelle Wolfsburg/Königsutter von der A2 auf die A39 ab. An der Abfahrt Wolfsburg-Zentrum fahren Sie dann auf der Braunschweiger Straße Richtung Stadtzentrum. An der dritten Ampel abbiegen und der Beschilderung „Klinikum“ folgen.
- Mit dem Bus: Vom ZOB (Hauptbahnhof) mit der Linie 213 bis zur Haltestelle „Klinikum“.
- Parken: Parkgelegenheiten finden Sie in der Sauerbruchstraße und in der Tiefgarage.

Das Gesundheitszentrum „Am Klieversberg“ befindet sich im rechten Gebäude, wenn Sie vor dem Haupteingang des Klinikums Wolfsburg stehen, direkt an der Bushaltestelle „Klinikum“. Die Praxis befindet sich im 1. Obergeschoss über der Bäckerei und Apotheke

Unsere Öffnungszeiten:

Mo bis Fr: 8:00 Uhr bis 13:00 Uhr, Di & Do: 14:00 Uhr bis 17:00 Uhr, u.n. Vereinbarung

www.klieversberg.org

Name des Patienten: _____ Geb.: _____

Gesicht - Haut - Mundschleimhaut

Hautveränderung: ☐ im Gesicht ☐ Ohr
☐ Nase ☐ behaarte Kopfhaut
☐ Hals
☐ Körperteil: _____
☐ Beratung Hautkorrekturen ☐ Narbenkorrektur
Mundschleimhaut: ☐ Kontrolle/Probebiopsie ☐ Aufnahme MSH-Sprechstunde
Sonstige Anmerkungen: _____

Zähne

Entfernung der Zähne: _____ ☐ 18 ☐ 28 ☐ 38 ☐ 48
Freilegung der Zähne: _____ ☐ geschlossen ☐ offen (Bracket bitte mitgeben)
WSR der Zähne: _____ die WF erfolgt(e) am: _____
☐ Zystektomie

Implantate

Implantatberatung erwünscht: ☐ ja ☐ nein
Implantate bitte regio: _____
System: ☐ „nur“ Straumann möglich

Röntgen

DVT: ☐ OK ☐ UK ☐ OK & UK ☐ linkes KG ☐ rechtes KG (Kosten 163,20€)
☐ OPT/OPG/ON ☐ OPTspezial Fragestellung: _____
Röntgenbild per Email/KIM verschickt/mitgegeben: ☐ OPT ☐ ZF regio _____

Sonstiges

☐ Abszessinzision regio: _____ ☐ MAV-Deckung regio: _____
☐ CMD-Therapie ☐ chron. Gesichtsschmerz ☐ Kieferhöhlendiagnostik
Sonstige Fragestellung: _____

☐ tel. Rückruf erwünscht unter
Tel.: _____

☐ Termin bereits vereinbart am:



Praxisstempel