

# MKG HOLST

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Dr. Dr. Marc Holst



## Standort und Anfahrt via Google Maps

Scannen Sie einfach den QR-Code mit Ihrem Smartphone. Sie werden zu Google Maps weitergeleitet. Hier können Sie sich die für Sie optimale Anfahrt zu uns anzeigen lassen.



## Anamnese@home

Wenn Sie das erste Mal als Patient zu uns kommen, können Sie über diesen QR-Code unseren Online-Anamnesebogen schon vorab bequem von zu Hause ausfüllen.

## Unsere Öffnungszeiten

Mo.: 08.00 - 18.00 Uhr      Do.: 08.00 - 18.00 Uhr  
Di.: 08.00 - 18.00 Uhr      Fr.: 08.00 - 14.00 Uhr  
Mi.: 08.00 - 14.00 Uhr      und nach Vereinbarung



**Kostenlose Parkplätze am Praxisstandort**  
(Parkplatz und Parkdeck des REWE-Marktes im Haus)



Mitglied der Deutschen Gesellschaft für  
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
e.V. (DGMKG)

Lübecker Str. 107/108  
39124 Magdeburg  
www.mkg-md.de  
info@mkg-md.de  
Tel.: 0391 - 25 444 688  
Fax: 0391 - 25 444 660

Wir nutzen KIM:

**mkg-md@  
dampsoft.kim.telematik**

Zertifizierte Implantologie  
(DGMKG)

Zertifizierte Ästhetische  
Gesichtschirurgie (DGMKG)

# Behandlungswunsch

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

- OPG/ ZF  per KIM übermittelt (*mkg-md@dampsoft.kim.telematik*)  
 analog oder auf CD  
 nicht vorhanden

## Oralchirurgie

Operative Entfernung folgender Zähne  
\_\_\_\_\_

Wurzelspitzenresektion an \_\_\_\_\_  
 mit WF

Zystektomie Regio: \_\_\_\_\_

Schleimhaut-  Knochenveränderung, Regio: \_\_\_\_\_

Abszess/Entzündung/Osteomyelitis, Regio: \_\_\_\_\_

## Implantologie

Beratung Implantatversorgung, Regio: \_\_\_\_\_

geplante prothetische Versorgung: \_\_\_\_\_

Implantatsystem:  Camlog  Straumann  Ankylos  
 OmniTaper  Straumann PURE

Knochenaufbau, Regio \_\_\_\_\_

Sinuslift, Regio: \_\_\_\_\_

**Periimplantitis-Therapie**, Regio: \_\_\_\_\_

**Präprothetische Chirurgie**, Regio \_\_\_\_\_

Exzision Lippenbändchen

Vestibulumplastik

Schlotterkammexzision

**Nasennebenhöhlenchirurgie** \_\_\_\_\_

Speicheldrüsenerkrankung, Regio: \_\_\_\_\_

Sonstiges / Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Praxisstempel / Unterschrift

Ich bitte um Rücksprache

Wir benötigen neue Überweiserformulare

**CMD-Therapie**  \_\_\_\_\_

## KFO-Chirurgie

Freilegung Zahn \_\_\_\_\_

Attachment mitgeben

Diastema-Chirurgie

## Plastische Chirurgie

Exzision/Defektdeckung, Regio: \_\_\_\_\_

## Ästhetische Chirurgie

Gesichtsfaltenbehandlung

Hyperhidrosistherapie

Blepharoplastik

Narbenkorrektur

## Angstpatienten

Analgosedierung

Vollnarkose

**Risikopatient**  \_\_\_\_\_