

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV
Name, Vorname des Versicherten							
							geb. am
Kassen-Nr.:		Versicherten-Nr.:			Status:		
Betriebsstätten-Nr.:		Arzt-Nr.:		Datum:			



**Praxis für Oralchirurgie**  
 Dr. Falk Rädisch  
 Fachzahnarzt für Oralchirurgie  
 Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

// **Telefon:** 0341 35 58 36 30  
 // **E-Mail:** kontakt@raedisch-praxis.de  
 // **Web:** www.raedisch-praxis.de

// **Anschrift:** Hohe Straße 30  
 04107 Leipzig

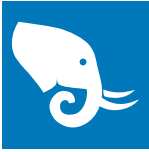
Diagnose / Befund:

Wir bitten um Durchführung folgender Leistungen:

Hinweis:  Um Rückruf wird gebeten

Anlagen:  Röntgen  Modelle

Stempel des Überweisers



Praxis für Oralchirurgie  
Dr. Falk Rädisch  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie  
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

## Öffnungszeiten

// Montag 08:00 - 12:30 Uhr 13:30 - 16:00 Uhr  
// Dienstag 08:00 - 12:30 Uhr 13:30 - 18:00 Uhr  
// Mittwoch 08:00 - 12:30 Uhr  
// Donnerstag 08:00 - 12:30 Uhr 13:30 - 18:00 Uhr  
// Freitag 08:00 - 12:30 Uhr  
oder nach Vereinbarung

## Kontakt

// Telefon: 0341 35 58 36 30  
// E-Mail: kontakt@raedisch-praxis.de  
// Web: www.raedisch-praxis.de

// Anschrift: Hohe Straße 30  
04107 Leipzig



Nutzen Sie unseren  
Parkplatz im Innenhof!

