

Überweisung zur endodontischen Behandlung



Marc Ohle

Sandstr. 3 64665 Alsbach-Hähnlein

Tel: 06257-93350

www-zahnarzt-ohle.de

kontakt@zahnarzt-ohle.de

Praxisstempel:

Patientendaten:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Versicherung:

privat

gesetzlich

Anamnese:

Allgemeinanamnese: _____

Zahnärztliche Anamnese: _____

Symptomatik:

- spontane Schmerzen Dauerschmerzen _____
 Schwellung Fistel

Ich überweise Ihnen hiermit die/den Patientin/en ausschließlich zur:

- Beratung Zahnerhalt Zahn: _____
 Diagnostik und Schmerzbehandlung Zahn: _____
 mikroskopisch-endodontischen Behandlung (orthograd) Zahn: _____
 mikroskopisch-endodontischen Revision (orthograd) Zahn: _____
 Perforationsverschluss Zahn: _____
 Entfernung frakturierter Instrumente/Stift/Schraube Zahn: _____
 _____ Zahn: _____

und folgenden weiterführenden endodontischen Maßnahmen

- Verschluss der Zugangskavität mit definitiver Kompositfüllung
 Versorgung mit Glasfaserstift in Adhäsivtechnik
 Präparation zur Aufnahme eines Wurzelstiftes der Größe ____ im ____ Kanal
 Bleichen

Bitte nehmen Sie zur Terminvereinbarung Kontakt mit der/dem Patientin/en auf

Die/der Patient/in meldet sich in Ihrer Praxis für einen Termin

Ich bitte um umgehende Rücküberweisung unseres Patienten nach Abschluss der von uns gewünschten Behandlung.

Ort/Datum

Unterschrift Überweiser