



Überweisung zur endodontischen Therapie

Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Tel. mobil / privat / geschäftl. / E-Mail

Krankenkasse / -versicherung

☐ privat ☐ gesetzlich

Zusatzversicherung ☐ Ja ☐ Nein

Praxisstempel der überweisenden Praxis

Zahnärztliche Anamnese

☐ Pulpitis an Zahn: _____

☐ nicht abgeschl. Wurzelwachstum: _____

☐ Apikale Parodontitis an Zahn: _____

☐ WSR vorbehandelter Zahn: _____

☐ Nekrose an Zahn: _____

☐ Frontzahntrauma

Vorbehandlung: _____

Geplante Weiterbehandlung: _____

Therapiewunsch

☐ Untersuchung /Beratung

☐ Entfernung frakturierter Instrumente

☐ Mikroskopische Wurzelfüllung an Zahn: _____

☐ Vitalerhaltung an Zahn: _____

☐ Revision an Zahn: _____

☐ Schmerzbehandlung: _____

☐ Perforationsdeckung an Zahn: _____

☐ Apexifikation an Zahn: _____

☐ Glasfaserstift an Zahn: _____

Bemerkungen

Behandlungsbericht

☐ per KIM ☐ analog per Brief ☐ digital per Mail

Sonstiges: _____

Röntgenbilder

☐ per KIM

☐ werden dem Patienten mitgegeben

☐ werden per Mail geschickt

☐ liegen nicht vor

☐ sind beigelegt