



Überweisungsformular Endodontie

Überweisende Praxis (Bitte Daten ausfüllen oder Praxisstempel)

Praxisname _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Patientendaten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Therapie an Zahn _____

Vorgeschichte des zu _____

behandelnden Zahnes _____

Gewünschte Behandlung:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Nur Diagnose/Konsultation | <input type="radio"/> Entfernung frakturierter Instrumente
im Wurzelkanal |
| <input type="radio"/> Wurzelkanalbehandlung | <input type="radio"/> Deckung von Perforationen |
| <input type="radio"/> Revision einer Wurzelkanalbehandlung | |
| <input type="radio"/> mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion | |

Gewünschte postendontische Versorgung:

- Adhäsiver Aufbau
- Stiftaufbau

Ort/Datum _____ Unterschrift (des überweisenden Arztes) _____



Standort