



## Überweisungsformular

Seite 1

### Überweisende Praxis

(Bitte Daten ausfüllen oder Praxisstempel)

Praxisname

---

Straße + Nr.

---

PLZ

---

Ort

---

Telefonnummer

---

E-Mail-Adresse

---

---

### Patientendaten

Name

---

Vorname

---

Geburtstag

---

Straße + Nr.

---

PLZ

---

Ort

---

Tel. (geschäftlich oder privat)

---

Tel. (mobil)

---

---

### Therapie an Zahn

---

---

### Gewünschte Behandlung

- Wurzelkanalbehandlung
- Revision einer Wurzelkanalbehandlung
- mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion

### Sonstiges

---

---

Ist die Behandlung schon begonnen worden?

- Ja     Nein

Bestehende Schwierigkeiten?

- Zu entfernender Siftaufbau
- Perforationen
- Frakturiertes Instrument
- Nicht gängige Kanäle und/oder Stufen
- Trauma/Verfärbungen
- Resorptionen

Bemerkungen zu den Schwierigkeiten (z.B. Art/Material des Fragments, Zustand nach Wurzelspitzenresektion)

---

---

Bestehen aktuell Schmerzen?

- Ja     Nein

Bemerkungen zum Schmerzzustand

---

---

Gewünschte Versorgung

- Prov. Verschluss d. Zugangskavität m. Cavit u. stabiler Deckfüllung
- Def. Verschluss der Zugangskavität mit Komposit
- Aufbaufüllung für Überkronung
- Aufbaufüllung mit Stiftinsertion
- Vorbereitung eines Stifkanals und prov. Verschluss

Bemerkungen zur gewünschten Versorgung

---

---

Beilagen

- Werden mitgesendet
- Werden von Patient mitgebracht

Terminanbahnung

- Bitte aufbieten
- Patient wird sich melden

Für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen, sowie für das entgegengebrachte Vertrauen möchten wir Ihnen herzlich danken.

Ort/Datum

Unterschrift (des überweisenden Arztes)