



ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Endodontiepraxis Berlin
Holsteinische Straße 53
10717 Berlin

Überweisungspraxis: _____

Behandlername: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Wir möchten Sie bitten, bei unserer Patientin, bei unserem Patienten

Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb. _____

Adresse: _____

Tel. privat: _____ Tel. geschäftlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Versicherungsstatus: GKV PKV

an Zahn _____

folgende Maßnahmen durchzuführen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Endodontische Diagnostik & Beratung | <input type="checkbox"/> Entfernung eines Instrumentenfragmentes |
| <input type="checkbox"/> Dreidimensionale Röntgendiagnostik, DVT | <input type="checkbox"/> Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion |
| <input type="checkbox"/> Orthograde, mikroskopische Wurzelkanalbehandlung | <input type="checkbox"/> Perforationsdeckung |
| <input type="checkbox"/> Orthograde, mikroskopische Revisionsbehandlung | <input type="checkbox"/> Pulpotomie <input type="checkbox"/> Revitalisierung |

Der Zahn ist unbehandelt wurde initial endodontisch behandelt hat ein Trauma erlitten

Es besteht eine medikamentöse Einlage mit CaOH₂ Ledermix

Der Zahn ist temporär verschlossen mit

- Cavit® IRM Phosphatzement Glasionomerzement Komposit

Der Zahn ist mit einer provisorischen Krone versorgt. Diese ist befestigt mit

- Temp Bond Phosphatzement Glasionomerzement Komposit

Aktuelle Röntgenbilder sind nicht vorhanden

senden wir per E-Mail

senden wir per Post

haben wir der Patientin / dem Patienten mitgegeben

Weitere Anmerkungen:

Datum _____ Praxisstempel



MARIO MÜLLER. M.SC.

Bitte an folgende Nummer faxen: 030. 86395763

HOLSTEINISCHE STRASSE 53
10717 BERLIN

TELEFON 030 863 963 35
WWW.WURZELMUELLER.DE