

Endo - Überweiserformular

Patient/in:		Geb. am:	
Anschrift:			
Telefon / Mobil:			
Versicherung:			

Ich bitte um folgenden endodontischen Überweisungsauftrag:	Zahn / Zähne
<input type="checkbox"/> Abklärung – Zahnerhalt möglich? <input type="checkbox"/> DVT für konkrete Fragestellung(en) oder Fokussuche <input type="checkbox"/> Diagnostik atypischer Gesichtsschmerzen <input type="checkbox"/> Telefonische Rücksprache nach Beratungstermin gewünscht	
<input type="checkbox"/> Erstbehandlung	
<input type="checkbox"/> Revision	
<input type="checkbox"/> Perforationsdeckung / MTA Anwendung / Apexifikation	
<input type="checkbox"/> Stift- oder Instrumentenentfernung (Kanal/ Typ / ISO?)	
<input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion mit retrograder Wurzelfüllung	
<input type="checkbox"/> Behandlung von Angstpatienten unter Sedierung (Lachgas, Sedativa)	

Weitere Angaben:

Aktuelle Röntgenbilder:

- liegen nicht vor
- werden mitgegeben
- werden vorab gemailt



Den Arztbrief im Anschluss an die Behandlung möchte ich auf folgendem Wege erhalten:

postalisch per Mail (Email - Adresse bitte unten angeben)

Patient meldet sich bei Ihnen

Bitte mit dem Patienten zur Terminvergabe Kontakt aufnehmen

Bitte um Rücksprache **vor** Kontaktaufnahme mit dem Patienten

Anschrift oder Stempel der Überweiserpraxis:

Überweiser/in: _____

Tel.: _____

Email: _____