



Überweisungsformular Endodontie

Per Fax an: 089 - 574 578

Patient:

Name

Vorname

E-Mail

Telefon

Mobil

Zahnschema:

Rechts

Links

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Überweisender Arzt:

Name

Vorname

Telefon

Mobil

E-Mail

Endodontie (Aktueller Befund)

Akute Symptome,
Schmerzen oder
Schwellung

Zahnerv exponiert und
nekrotisches Material
evident

Brücke/Krone ist wie
zementiert:
 Temporär Definitiv

Patient hat nur
vage Schmerzen -
bitte Beratung

Wurzelkanalbehandlung wurde begonnen, aber es sind
Schwierigkeiten aufgetreten.

Zahn offen zur Drainage

Elektive Behandlung

Welche?

Endodontie (Gewünschte Behandlung)

Nur Diagnose/
Konsultation

Diagnose und
Behandlung

Aufauffüllung oder Stift
und plastischer Aufbau

Sedierung gewünscht

Röntgen

Patient bringt
Röntgenbild mit.

Röntgen wird
per Mail geschickt.

Röntgen erwünscht.

Mit kollegialen Grüßen,

Datum, Unterschrift