

## Überweisung

zu einer endodontischen Behandlung

### Überweiserpraxis:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name	Anschrift	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Fax	E-Mail

**Zu behandelnder Zahn:**

### Patient:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nachname	Vorname	Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Anschrift	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon (privat)	Telefon (tagsüber)/ Handy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Krankenkasse / Versicherung	E-Mail	

### Ich bitte um:

- Endodontische Schmerzbehandlung und Diagnostik   
  Mikroskopische endodontische Erstbehandlung (orthograd)  
 Mikroskopische endodontische Revision (orthograd)   
  Mikroskopische Stiftentfernung  
 Perforationsdeckung   
  Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion   
  Mikroskopische Entfernung frakturierter Instrumente

### Besonderheiten:

- Komplexe Wurzelkanalanatomie   
  V.a. zusätzliche Kanalsysteme  
 Starke Krümmungen / Doppelkrümmungen   
  Akute oder chronische apicale Läsionen  
 Dentikel   
  Obliterationen   
  Endodontische Behandlung, um bestehenden Zahn / ZE zu erhalten

### Vorbehandlung des Zahnes (wenn bekannt):

<input type="checkbox"/> Trepanation am: <input type="text"/> (Tag/Jahr)	<input type="checkbox"/> Medikamentöse Einlage: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Provisorischer Verschluss aus: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Alter der alten Wurzelfüllung: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Material /Art des Stiftes: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Material der alten Wurzelfüllung: <input type="text"/>

### Anhang:

Röntgenbilder   
 PA-Status     DVT-Aufnahmen

**Anmerkungen:**

Unterschrift Überweiser/-in