

FORMULAR ZUR ÜBERWEISUNG EINER MIKROSKOPISCHEN WURZELKANALBEHANDLUNG

**ZAHNÄRZTE
IM RÖMERWEG**
Praxis für ästhetische Zahnheilkunde

PATIENT

Name	Vorname	Titel
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon (privat, mobil)		Telefon (geschäftlich)
E-Mail		Fax
<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> Fistel <input type="checkbox"/> Schwellung		
spezielle Anamnese/Schmerzen		allgemeine Anamnese/Medikamente
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat		
Versicherung		

ÜBERNAHME DER BEHANDLUNG VON ZAHN _____ ZUR:

- Erstbehandlung Revision adhäsiven Stiftversorgung im Anschluss
- Besonderheiten (Krümmung, Obliteration, Stift/Fragment, Perforation/Resorption, offenes Foramen etc.):
-

FALLBEZOGENE RÖNTGENBILDER...

- geben wir dem Patienten mit. erhalten Sie per Mail. erhalten Sie per Post.
- Wir bitten um Rücksprache nach Erstuntersuchung.
- Wir bitten um Erstellung eines Arztbriefes nach Abschluss der Behandlung.

Soll für eine Terminvergabe Kontakt mit dem Patienten aufgenommen werden?

- Ja Nein, der Patient wird sich bei Ihnen zur Terminvergabe melden.

Datum, Name & Praxis des Überweisers, Telefonnummer für Rücksprachen

Selbstverständlich wird keine Behandlung außerhalb des begrenzten Überweisungsauftrages durchgeführt und der Patient nach Abschluss der endodontischen Behandlung sofort zurücküberwiesen.