

PRAXIS (Ausfüllen oder Stempel)

Zahnarztpraxis:
Strasse, Nr.:
PLZ, Ort:

Zahnarzt/-ärztin:
Telefon:
E-Mail:

PATIENT

Name, Vorname:
Strasse, Nr.:
PLZ, Ort:

Geburtsdatum:
Telefon:
E-Mail:

GEWÜNSCHTE BEHANDLUNG

Zahn/Zähne/Region (Bitte markieren):

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
R																	L
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

Überweisung für:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnostik/Beratung | <input type="checkbox"/> Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion |
| <input type="checkbox"/> Wurzelkanalbehandlung | <input type="checkbox"/> 3D-Bildgebung (DVT) |
| <input type="checkbox"/> Wurzelkanalbehandlungsrevision | <input type="checkbox"/> Sonstiges:
<i>z.B. Behandlung Resorption, Pulpotomie,</i> |

Bemerkung zur Behandlung :
z.B. Kanäle nicht auffindbar, Instrument entfernen, etc.

Behandlungsnotwendigkeit:

- Normal
 Dringend*

Vor Behandlungsbeginn tel. Rücksprache gewünscht?

- Ja
 Nein

*Bei hochakut /Notfall bitte zusätzlich telefonischen Kontakt.

POSTENDODONTISCHE VERSORGUNG

Verschluss Zugangskavität:

- Situativ, wie sinnvoll
 Definitiver adhäsiver Verschluss
 Provisorischer Verschluss

Bemerkungen zur postendodontischen Versorgung:

.....
.....
z.B. Krone demontieren, vorhandene Füllung austauschen, etc.

Insertion Wurzelstift:

- Ja Nein Ja, wenn sinnvoll

ÜBERMITTLUNG BEILAGEN

- per E-Mail Online per Post bei Patient /-in keine Beilagen vorhanden