

PD Dr. med. dent. Dan-K. Rechenberg
Oberdorfstrasse 2, 8001 Zürich · 044 / 212 01 11
mail@endo-zuerich.ch · www.endo-zuerich.ch

ADMINISTRATIVE ANGABEN

Praxis (Ausfüllen oder Stempel)

Zahnarztpraxis:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Zahnarzt/-ärztin:

Telefon:

E-Mail:

Patient:in

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Nr.:

Telefon:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Garant:in

- Selbstzahler:in
- UVG / IV / MV
- KVG

- Ergänzungsleistungen
- Andere:

GEWÜNSCHTE BEHANDLUNG

Überweisung für Zahn/Zähne/Region:

- Diagnostik/Beratung
- Wurzelkanalbehandlung
- Wurzelkanalbehandlungsrevision

- Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion
- 3D-Bildgebung (DVT)
- Sonstiges:
z.B. Behandlung Resorption, Pulpotomie, etc.

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

Insertion Wurzelstift:

- Ja
- Nein
- Ja, wenn sinnvoll

Bemerkungen zur postendodontischen Versorgung:

.....
.....

ÜBERMITTLUNG BEILAGEN

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