

ADMINISTRATIVE ANGABEN

Praxis (Ausfüllen oder Stempel)

Zahnarztpraxis:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Zahnarzt/-ärztin:

Telefon:

E-Mail:

Patient:in

Name, Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

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