

## Überweisungsformular: Endodontische Behandlung

**Patientendaten:**

Vorname, Name: .....

geb. am: .....

Versicherung: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: .....

*Praxisstempel und Unterschrift*

**Ziel**

- Beratung  
 Behandlung

**Kommunikation**

- Vorherige telefonische Rücksprache erbeten  
 Abschließender Arztbrief erbeten

**Endodontische Behandlung**

> Zahn .....

- Beratung über Durchführbarkeit & Aufwand einer Behandlung  
 Diagnostik & Schmerzbehandlung  
 orthograde OP-mikroskopgestützte Revision  
 Perforationsdeckung  
 Wurzelspitzenresektion  
 ohne -  mit retrograder Wurzelfüllung

**weitere Maßnahmen**

> Zahn .....

- Aufbau Zahnstumpf  
 Verschluß  definitiv  provisorisch  
 Versorgung mit Glasfaserstift in Adhäsivtechnik  
 Bleichen intern

**Bemerkungen**

.....  
.....  
.....