

Überweisungsformular

Patient/ -In

Name/ Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Nr.:

Telefon:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Patient soll aufgebeten werden: telefonisch per Post per E-Mail

Patient meldet sich selber:

Praxis

Zahnarzt/ -ärztin:

Praxis:

Strasse, Nr. :

Telefon:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Überweisung für

Zahn/ Zähne:

Bitte das zutreffende ankreuzen

Wurzelbehandlung

Wurzelbehandlungsrevision

Apikale Chirurgie (telefonische Rücksprache vorher notwendig)

Vitale Pulpa Therapie: unvollständiges Wurzelwachstum vollständiges Wurzelwachstum

Kontrolle/ Beratung bezüglich Behandlung und Prognose des Zahns

Unklare Symptomatik, Schmerzursache nicht eindeutig identifizierbar

Anderes:

Bemerkungen:

Liebe KollegInnen,

Bitte melden Sie sich telefonisch oder per E-Mail, falls Sie den Fall vorher besprechen möchten oder falls es sich um einen Notfall handelt.

Das ausgefüllte Formular kann mit den vorhandenen, relevanten Röntgenbildern per E-Mail oder per Post versendet werden.

Falls nicht anders erwünscht, werden die Zugangskavitäten adhäsiv mit Komposit verschlossen.

Vielen Dank für die vertrauensvolle Zusammenarbeit.