

## Überweisung

Patient: \_\_\_\_\_ Zahn: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Versicherung

\_\_\_\_\_  Gesetzlich

Telefonnr.: \_\_\_\_\_  Privat

Röntgenbilder:  bringt Pat. mit  
 werden per Email versendet  
 werden per Post versendet  
 keine vorhanden

Art der endodontischen Behandlung:  WK/WF  
 WF-Revision  
 Revision von definitiven Stiften  
 Revision frakturierter Instrumente  
 Perforationsabdeckung

Versorgung zur Weiterbehandlung:  temporärer Verschluss (Cavit)  
 Aufbaufüllung adhäsiv, präparierfertig  
 Zirkonoxidstift setzen  
 Kurzzeitprovisorium  
 Post Space belassen  
 Kompositfüllung adhäsiv, zahnfarben

Kostenvoranschlag für den Patienten:  Ja  
 Nein

Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Praxisstempel: