

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

– Unser Ziel ist die optimale Versorgung Ihres Patienten. –

PD Dr. Dan-Krister Rechenberg

Endodontie, apikale Mikrochirurgie

Dufourstrasse 7a, 8702 Zollikon / Zürich
Tel. +41 44 / 212 01 11, mail@endodontie.ch
www.endodontie.ch

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:

GEWÜNSCHTE BEHANDLUNG

Zahn/Zähne/Region (Bitte markieren):

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
R																	L
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

Überweisung für:

- 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

Bemerkungen zur postendodontischen Versorgung:

.....
.....
z.B. Krone demontieren, vorhandene Füllung austauschen, etc.

Insertion Wurzelstift:

- Ja
- Nein
- Ja, wenn sinnvoll

ÜBERMITTLUNG BEILAGEN

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

Vielen Dank für Ihr Vertrauen. Mit kollegialen Grüßen, PD Dr. Dan-Krister Rechenberg