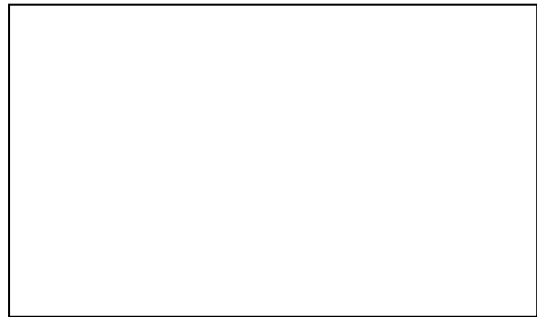


Überweisung zur endodontischen Behandlung

an Priv.-Doz. Dr. Jörg Schirrmeister
Tel.: 0761/33101
Fax: 0761/26892
Email: mail@dr-schirrmeister.de



Stempel des Überweisers

Herrn
Priv.-Doz. Dr. Jörg Schirrmeister
Praxis Dr. Heinkele
Augustinerplatz 2
79098 Freiburg i. Br.

Patient:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
_____	_____	_____
Tel. privat:	Tel. geschäftlich	Tel. mobil/Email/Fax
Versicherung: <input type="radio"/> Gesetzlich <input type="radio"/> Privat	_____	
	Versicherungsgesellschaft	

Ich überweise Ihnen die Patientin/den Patient ausschließlich zur

- | | |
|---|-------------|
| <input type="radio"/> Beratung | Zahn: _____ |
| <input type="radio"/> Diagnostik und Schmerzbehandlung | Zahn: _____ |
| <input type="radio"/> mikroskopisch-endodontischen Behandlung (orthograd) | Zahn: _____ |
| <input type="radio"/> mikroskopisch-endodontischen Revision (orthograd) | Zahn: _____ |
| <input type="radio"/> mikrochirurgischen Wurzelspitzenresektion | Zahn: _____ |
| <input type="radio"/> Perforationsdeckung | Zahn: _____ |
| <input type="radio"/> Entfernung frakturierter Instrumente | Zahn: _____ |
| <input type="radio"/> _____ | |

und folgenden weiterführenden endodontischen Maßnahmen

- Verschluss der Zugangskavität mit definitiver Kompositfüllung
- Versorgung mit Glasfaserstift in Adhäsivtechnik
- Präparation zur Aufnahme eines Wurzelstiftes der Größe _____ im _____ Kanal
- Bleichen
- _____

Symptomatik

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> spontane Schmerzen | <input type="radio"/> Dauerschmerzen |
| <input type="radio"/> Schwellung | <input type="radio"/> _____ |

Anamnese

Allgemeinanamnese: _____

Zahnärztliche Anamnese: _____

Ich bitte um einen Bericht mit allen relevanten Angaben zur durchgeführten endodontischen Therapie und um sofortige Rücküberweisung unseres Patienten nach Abschluss der von uns gewünschten Behandlung.

Mit kollegialen Grüßen,

Datum

Unterschrift