



Zahnarztpraxis

Praxis für Endodontie und
Zahnerhaltung

Emil-Schubert-Straße 37 ■ 04347 Leipzig ■ 0341 2312619 ■ zapn.widera@gmx.de

Überweisung zu einer endodontischen Beratung/Behandlung

Patient/in

Name: _____
 Vorname: _____ Tel. privat: _____
 Geb.-Datum: _____ Tel. dienstl.: _____
 Straße, Nr.: _____ Mobil: _____
 PLZ, Wohnort: _____ E-Mail: _____

Es wird eine endodontische Behandlung des Zahnes / der Zähne _____ gewünscht.

Bisherige Behandlung am betroffenen Zahn:

Sofern der Zahn eine Zahnersatzversorgung besitzt - soll diese im Zuge der Behandlung durch uns entfernt werden?

Besonderheiten: _____

Beratung WK - Erstbehandlung WK - Revision

Ich bitte um telefonische Rücksprache nach der Befundung.

Ein keimdichter, adhäsiver Verschluss der Zugangskavität wird zum Behandlungsabschluss durchgeführt.
Wünschen Sie ggf. zusätzlich den Aufbau mit einem Stift?

Ja Nein

Praxisstempel Überweiserpraxis:

Sollen wir uns mit dem Patienten wegen der Terminvereinbarung
in Verbindung setzen?

Ja Nein, der Patient wird sich selbst melden

Röntgenbilder:

- werden dem Patienten mitgegeben
 liegen nicht vor
 per KIM an: Zahnarzt-widera.schoenefeld@dampsoft.kim.telematik
 am Datum

(KIM Überweiserpraxis – wichtig für den Arztbrief!)

(Datum)

■ _____ ■ _____