



# Zahnarztpraxis

Praxis für Endodontie und  
Zahnerhaltung

Berggartenstraße 8 ■ 04155 Leipzig ■ 0341 5906467 ■ zahnerhaltung-in-gohlis@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

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.gohlis@dampsoft.kim.telematik

Praxisstempel Überweiserpraxis:

(KIM Überweiserpraxis – wichtig für den Arztbrief!)

(Datum)

■ \_\_\_\_\_ ■ \_\_\_\_\_