Überweisender Zahnarzt

e-mail:
(Röntgenbilder können unsererseits nur per e-mail verschickt werden)

Dr.
ZZMK
Klinik für Zahnerhaltung,
Parodontolgie und Endodontologie
Rathenaustr. 42 a
17475 Greifswald

Datum.....

Überweisung zur

- Beratung ☐
- Wurzelkanalsuche ☐
  Angabe Kanal:
- Perforationsdeckung ☐
- Wurzelkanalaufbereitung ☐
  Mit WF ☐
  Ohne WF ☐
- Entfernung frakturiertes Instrument ☐
  Angabe Kanal
  Angabe wo Perforation:
  Alter der Perforation:
- Revision ☐

Patient:
Name: .....Telefon privat:
Vorname: .....Telefon geschäftlich:
Geburtsdatum: .....Telefon mobil:
Versicherungsverhältnis: Kasse: ☐ Privat: ☐

Medizinische Anamnese:

Zahn:

Sind die Richtlinien der Krankenkassen zur Wurzelkanalbehandlung erfüllt ? ☐

Zahnärztliche Anamnese:

Diagnose:

- Pulpitis ☐
- Apikale Parodontitis
  - akut ☐
  - chronisch ☐
- Endodontisch vorbehandelt ☐
- Nekrose ☐
- mit Abszeß ☐
- mit Fistel ☐
- Sonstiges :

Stiftaufbau geplant: ☐

Kann vorhandene Krone entfernt werden ? ja nein

Diese Wurzelkanalbehandlung ist mit Zuzahlungen verbunden !