

Überweisung zur endodontischen Behandlung



Dr. Sunja Christen M.Sc.
Carmerstraße 2
10623 Berlin-Charlottenburg

Tel.: 030 – 313 56 48
Fax: 030 – 37591429

info@zahnerhaltung.berlin
www.zahnerhaltung.berlin

Praxis für Zahnerhaltung.Berlin
[Savignyplatz]

Patient/in: _____
Name, Vorname Geb. am Datum

Führen Sie bitte folgenden endodontischen Überweisungsauftrag aus:


- | | | |
|--|----------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Abklärung | Zahnerhalt möglich? | Zahn _____ |
| <input type="checkbox"/> Beratung | inklusive Kostenplan | Zahn _____ |
| <input type="checkbox"/> Behandlung | Mikroskop gestützt | Zahn _____ |
| <input type="checkbox"/> Revision | Mikroskop gestützt | Zahn _____ |
| <input type="checkbox"/> Stift- bzw. <input type="checkbox"/> Instrument-Entfernung (Kanal/Typ/ISO?) | | Zahn _____ |

Sonstiges

Die Behandlung sollte folgendermaßen abgeschlossen werden

- Definitiver Verschluss** der Zugangskavität mit Komposit-Füllung
- Provisorischer Verschluss** (= Teflon-Platzhalter + Komposit-Abdeckung)
- Direkte Versorgung des Zahnes mit einem **Glasfaserstift** in Adhäsiv-Technik
- Belassen des Platzes** zur **späteren** Aufnahme eines Stiftes im _____ Kanal
- Tel. Rücksprache nach Beratungstermin erbeten: Tel.** _____

Überweisender Zahnarzt: _____

Aktuelle Röntgenbilder liegen nicht vor **werden** mitgegeben gemailt geschickt
Den **Arztbrief** möchte ich postalisch per E-Mail _____
Endo Recall inklusive Röntgenkontrollen erfolgen in unserer Praxis 

Eine generelle Vorinformation über das Entstehen eines finanziellen Eigenanteiles hat bereits stattgefunden

Stempel und Unterschrift

Die Behandlung erfolgt selbstverständlich nach den **geltenden Richtlinien für Gutachter**, die besagen, dass eine überweisungsfremde Behandlung für mindestens 2 Jahre in unseren Praxisräumen nicht durchgeführt wird. **Nach Abschluss des Überweisungsauftrages erfolgt die kollegiale Rücküberweisung!**



Dr. Sunja Christen M.Sc.
Carmerstraße 2
10623 Berlin-Charlottenburg

Tel.: 030 – 313 56 48
Fax: 030 – 37591429

info@zahnerhaltung.berlin
www.zahnerhaltung.berlin

Praxis für Zahnerhaltung.Berlin
[Savignyplatz]



📌 Checkliste für Ihren Besuch bei uns

Um Sie mit der nötigen Sicherheit und Sorgfalt zahnärztlich behandeln zu können, bitten wir Sie, folgende Unterlagen zu Ihrem ersten Termin mitzubringen:

- ✓ **Anmeldebogen**
Diesen finden Sie auf unserer Homepage. Sollten Sie zu Hause nicht ausdrucken können, halten wir gern einen Anmeldebogen in der Praxis für Sie bereit.

Falls vorhanden:

- ✓ Röntgenbilder
- ✓ Röntgen-Pass
- ✓ Allergie-Pass
- ✓ Herz-Pass
- ✓ Medikamenten-Liste

www.zahnerhaltung.berlin

