



# Überweisungsbogen

Überweiser

Datum

Patientendaten

Zahn

Name

Vorname

Straße

E-Mail

Ort

Tel. privat

Geburtsdatum

Tel. beruflich

Krankenversicherung

gesetzlich     
  privat     
  Beihilfe

Initialbehandlung durchgeführt     
  nein     
  ja

Medikamentöse Einlage: \_\_\_\_\_

Verschluss der Trepanationsöffnung:     
  PV     
  offen     
  definitive Füllung

Bekannte Schwierigkeiten:     
  Obliterierte Kanäle     
  Frakturiertes Instrument  
 Apikale Entzündung     
  Zustand nach WSR     
  Trauma / Verfärbung  
 Resorption     
  Perforation     
  vorhandene Stifte  
 Vorhandene Wurzelfüllung     
  \_\_\_\_\_

Erstbehandlung

Revision

Wünsche Ihrerseits:

Wurzelbehandlung orthograd

Revision / Weiterführung

Stiftaufbau

Zahnerhalt mit allen Mitteln

Instrumentenentfernung

\_\_\_\_\_

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Ihre Patienten werden in unserer Praxis ausschließlich im Rahmen ihres Überweisungsauftrages behandelt. Als Eckpunkte der Behandlung auf Überweisung gelten die im Grundlagenpapier "Überweisung ist Vertrauenssache" aufgeführten Stellungnahmen der Arbeitsgemeinschaft "Endodontie und Traumatologie" (DGET) in der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ).

Sie erhalten einen Arztbrief mit allen relevanten Angaben und Prognose.

Für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen, sowie für das entgegengebrachte Vertrauen möchte wir Ihnen herzlich Danken.