



Amin Helani und Kollegen
Mikroskopische Endodontie

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherungsstatus:

☐ GKV

☐ PKV/Beihilfe

Überweisung zur endodontischen Therapie

Zahn/Zähne:

☐ DVT Aufnahme

☐ Feststellung der Erhaltungswürdigkeit

☐ Schmerzbehandlung und Diagnostik

☐ Wurzelkanalbehandlung

☐ Revisionsbehandlung

☐ Perforationsdeckung

☐ Entfernung frakturierter Instrumente

☐ Stiftentfernung

Bemerkung / Besonderheiten:

Erwünschte postendodontische Versorgung

☐ Komposit

☐ Glasfaserstift

☐ Provisorium

☐

Röntgenbilder vom

☐ DVT/CT

☐ Zahnfilm

☐ Patient mitgegeben

☐ Via E-Mail geschickt

☐ Via Post geschickt

☐ Arztbrief erwünscht

☐ Bitte um Rückruf

.....
Datum

.....
Überweisender Arzt

.....
Praxisstempel