

Überweisungsformular



Dr. Tassilo Hug | Endodontie
Römerstr. 1 | 69115 Heidelberg

T 0 62 21 . 18 30 00
F 0 62 21 . 60 00 29

info@zahnerhalt-heidelberg.de
www.zahnerhalt-heidelberg.de

Überweiserpraxis: _____

Behandlername: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Wir möchten Sie bitten, bei unserer Patientin/bei unserem Patienten

Herr/Frau Name: _____ Vorname: _____ geb. _____

Adresse: _____

Tel. privat: _____ Tel. geschäftlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Versicherungsstatus: GKV PKV

an Zahn _____ folgende Maßnahmen durchzuführen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Endodontische Diagnostik & Beratung | <input type="checkbox"/> Entfernung eines Instrumentenfragments |
| <input type="checkbox"/> Dreidimensionale Röntgendiagnostik, DVT | <input type="checkbox"/> Perforationsdeckung |
| <input type="checkbox"/> Orthograde, mikroskopische Wurzelkanalbehandlung | <input type="checkbox"/> Pulpotomie |
| <input type="checkbox"/> Orthograde, mikroskopische Revisionsbehandlung | <input type="checkbox"/> Revitalisierung |

Der Zahn ist unbehandelt wurde initial endodontisch behandelt hat ein Trauma erlitten

Es besteht eine medikamentöse Einlage mit CaOH₂ Ledermix

Der Zahn ist temporär verschlossen mit

Cavit IRM Phosphatzement Glasionomerezement Komposit

Der Zahn ist mit einer provisorischen Krone versorgt. Diese ist befestigt mit

Temp Bond Phosphatzement Glasionomerezement Komposit

Aktuelle Röntgenbilder sind nicht vorhanden senden wir per E-Mail
 senden wir per Post haben wir der Patientin/dem Patienten mitgegeben

Datum _____

Weitere Anmerkungen:

Praxisstempel

Bild hochladen 



QR-Code scannen und direkt
zur Anfahrtsbeschreibung

Senden