

Überweisungsformular

ENDOVERSUM Dr. Riedel & Team
Leibnizstraße 70A / Ecke Kantstraße
10625 Berlin

Praxisname:

Behandlername:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Patient/in

Patientenname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Telefon:

Zahn/Behandlung

Zahn:

Geplante Maßnahmen:

- endodontische Diagnostik & Beratung 3D – Diagnostik, DVT
 orthograde Wurzelkanalbehandlung oder Revision
 Fragmententfernung Perforationsdeckung
 Pulpotomie /Revaskularisierung
 Entfernung einer frakturierten Abutmentschraube

Der Zahn: ist unbehandelt wurde bereits anbehandelt erlitt ein Trauma

Die medikamentöse Einlage ist: CaOH₂ Ledermix

Der Zahn wurde verschlossen mit: provisorischem Zement definitivem Material

Der Zahn ist versorgt mit: einer Füllung. einem Provisorium.
 einer definitiven Krone.

Aktuelle Röntgenbilder: geben wir dem Patienten mit.
 senden wir per E-Mail.
 sind nicht vorhanden.

Weitere Hinweise:

Datum: Praxisstempel: