



Praxis für Zahnheilkunde

Dr. Florentine-Susanne Mortsch M.Sc.

Endodontologie · Parodontologie
rekonstruktive Zahnheilkunde

Überweisung zur endodontischen Behandlung

Wir bitten Sie, bei diesem(r) Patienten(in) folgende Behandlungen durchzuführen bzw. Ihm/Sie diesbezüglich zu beraten:

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

- Endodontische Erstbehandlung
- Endodontische Revisionsbehandlung
 - in Verbindung mit Stiftentfernung
 - in Verbindung mit Fragmententfernung
Art und Material des Fragments: _____
 - in Verbindung mit Perforationsverschluss
- Traumabehandlung
- Bitte Röntgenbilder anfertigen.
- Der Patient bringt Röntgenunterlagen mit.
- Wir bitten um Rückruf vor/nach der Beratung.

Sonstiges: _____

Unterschrift/Praxisstempel