

Überweisung Endodontie

Bitte senden Sie dieses Formular an: Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie,
Pleicherwall 2, 97070 Würzburg, **Telefax Nr. 0931 201 72400** oder per Email an
Guenzel_E@ukw.de

Überweisung an / Terminanfrage für: _____
Behandler

Patient	Überweiser/Hauszahnarzt
Name:	Name:
Straße, Hausnummer:	Straße, Hausnummer:
Ort:	Ort:
Tel.:	Tel.:
Email:	Email:
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Beihilfe Krankenversicherung	

Überweisung zur	
<input type="checkbox"/> Wurzelkanalbehandlung <input type="checkbox"/> Revision <input type="checkbox"/> Fragment- /Stiftentfernung	
Grund für die Überweisung:	
<input type="checkbox"/> Kanal nicht gefunden <input type="checkbox"/> Kanal nicht vollständig aufzubereiten <input type="checkbox"/> Instrumentenfraktur <input type="checkbox"/> fortbestehende Beschwerden trotz WKB	
weitere Behandlungen:	
<input type="checkbox"/> adhäsiver endodontischer Aufbau (ggf. inkl. Füllung Ex, EKR, CEx) <input type="checkbox"/> adhäsiver Verschluss der Zugangskavität <input type="checkbox"/> Glasfaserstift + Kompositaufbau <input type="checkbox"/> Platz für Stiftaufbau freilassen in Kanal _____	
Zahn:	Schmerzen: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> auf kalt <input type="checkbox"/> auf heiß <input type="checkbox"/> beim Aufbeißen seit: _____
Röntgenbilder:	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> analog <input type="checkbox"/> digital <input type="checkbox"/> werden mitgebracht <input type="checkbox"/> werden vorab zugeschickt
Termine:	<input type="checkbox"/> Patient meldet sich <input type="checkbox"/> Patient soll angerufen werden Pat. ist erreichbar (Wochentag / Tageszeit): _____