

Überweisung zur endodontischen Behandlung mit OP-Mikroskop

Name des Patienten:

Röntgenaufnahme: wurde mitgegeben folgt per E-Mail

Aktuelle Befunde / Diagnosen am Zahn: _____

<input type="checkbox"/>	Pulpitis
<input type="checkbox"/>	Akute apikale Parodontitis
<input type="checkbox"/>	Chronische apikale Parodontitis
<input type="checkbox"/>	(Infizierte) Pulpanekrose
<input type="checkbox"/>	(Sterile) Pulpanekrose
<input type="checkbox"/>	Chronischer apikaler Abszess (Fistelgang)
<input type="checkbox"/>	Akuter apikaler Abszess
<input type="checkbox"/>	Endo-Paro-Läsion / Paro-Endo-Läsion
<input type="checkbox"/>	Apikaler Druckpunkt vorhanden. Region:
<input type="checkbox"/>	Zahn perkussionsempfindlich
<input type="checkbox"/>	Zahn endodontisch vorbehandelt. Wann:

Gewünschte Behandlung:

<input type="checkbox"/>	Kanalsuche
<input type="checkbox"/>	Wurzelkanalaufbereitung
<input type="checkbox"/>	Wurzelkanalfüllung
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:
<input type="checkbox"/>	Bemerkungen:



DR. MARC SCHNEIDER
PRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN

Metzinger Straße 7
72585 Riederich

FON 07123 – 33339

FAX 07123 – 36282

praxis@zahnarzt-riederich.de

www.zahnarzt-riederich.de

Praxisstempel / Unterschrift

Datum