

Empfänger: Dr. Marc Schröder-Borm ● Eimsbütteler Chaussee 37
● 20259 Hamburg ● Tel.: 040-434370 ● Fax.: 040-43290615
● e-mail: info@ dr-schröder-borm.de

Überweisender Zahnarzt
Unterschrift

Praxisstempel:

An die Praxis
Dr. Marc Schröder-Borm
Eimsbütteler Chaussee 37

20259 Hamburg

Datum:

Patient:

Name: _____ **Vorname:** _____ **geb.:** _____

Zahn: _____

Vorbehandlung:

Zahnärztliche Anamnese:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Pulpitis | <input type="radio"/> Nekrose |
| <input type="radio"/> Akute apikale Parodontitis | <input type="radio"/> Chronische apikale Parodontitis |
| <input type="radio"/> Fistel | <input type="radio"/> Akuter periapikaler Abszess |
| <input type="radio"/> Endodontisch vorbehandelt | |

Sonstiges:

Anlagen: Bitte Röntgenbild(er) und Parodontalbefund des betroffenen Zahnes

Überweisung zur:

- endodontischen Behandlung
 Revision
 Weiterbehandlung
 Sonstiges: _____

Kronenaufbau erwünscht:

- Composite Glas/Quarzfaserstift-Aufbau

Für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen sowie für das entgegengebrachte Vertrauen möchten wir herzlich danken und versichern, dass wir alles tun werden, um eine optimale endodontische Behandlung Ihres Patienten zu erreichen. Bitte teilen Sie uns alle relevanten Daten zu dem zu behandelnden Zahn mit (pulpennahe Füllungen, direkte Überkappung, Trauma, angefangene endodontische Behandlungen).

Ihre Spezialpraxis für Endodontie!