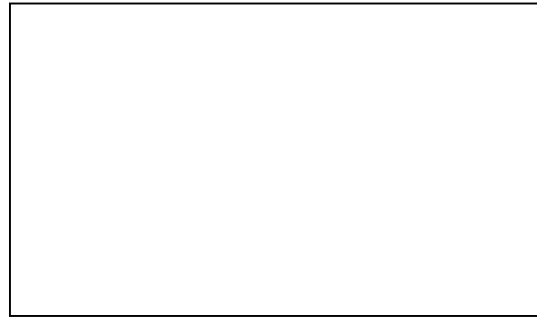


# Überweisung zur endodontischen Behandlung

an Prof. Dr. Jörg Schirrmeister &  
Dr. Katharina Schirrmeister  
Tel.: 0049 (0)761 28 52 77 30  
Fax: 0049 (0)761 28 52 77 31  
Email: mail@endodontie-freiburg.de



Stempel des Überweisers

An die  
Praxis für Endodontie  
Prof. Dr. J. Schirrmeister & Dr. K. Schirrmeister  
Im Salamander-Ärztehaus  
Kaiser-Joseph-Str. 248  
D-79098 Freiburg i. Br.

## Patient:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftlich \_\_\_\_\_ Tel. mobil/Email/Fax \_\_\_\_\_  
Versicherung:  Gesetzlich  Privat \_\_\_\_\_  
Versicherungsgesellschaft \_\_\_\_\_

### Ich überweise Ihnen die Patientin/den Patient ausschließlich zur

- |  |             |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Beratung  | Zahn: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diagnostik und Schmerzbehandlung                    | Zahn: _____ |
| <input type="checkbox"/> mikroskopisch-endodontischen Behandlung (orthograd) | Zahn: _____ |
| <input type="checkbox"/> mikroskopisch-endodontischen Revision (orthograd)   | Zahn: _____ |
| <input type="checkbox"/> mikrochirurgischen Wurzelspitzenresektion           | Zahn: _____ |
| <input type="checkbox"/> Entfernung frakturierter Instrumente                | Zahn: _____ |
| <input type="checkbox"/> _____   |             |

### und folgenden weiterführenden endodontischen Maßnahmen

- Verschluss der Zugangskavität mit definitiver Kompositfüllung
- Versorgung mit Glasfaserstift in Adhäsivtechnik
- Präparation zur Aufnahme eines Wurzelstiftes der Größe \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_ Kanal
- ausschließlich provisorischer Verschluss
- \_\_\_\_\_

**Anamnese:** \_\_\_\_\_

### Symptomatik

spontane Schmerzen  Dauerschmerzen  \_\_\_\_\_

### Behandler:

- keine Präferenz
- Ich wünsche die Behandlung durch Prof. Dr. Jörg Schirrmeister
- Ich wünsche die Behandlung durch Dr. Katharina Schirrmeister

Ich bitte um einen Bericht mit allen relevanten Angaben zur durchgeführten endodontischen Therapie und um umgehende Rücküberweisung unseres Patienten nach Abschluss der von uns gewünschten Behandlung.

Mit kollegialen Grüßen,

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift