DR. VON RAKOWSKI
ENDODONTIE | ZAHNERSATZ | IMPLANTATE

Dr. Sabrina von Rakowski
Hinterbärenbadstraße 65 · 81373 München
Tel. 089 7608 623 · Fax 089 7695 443
info@dr-von-rakowski.de

Überweisungsformular Endodontie

Für überweisende Zahnärzt:innen · strukturierter Behandlungsauftrag · konsequente Rücküberweisung

01 Überweisende Praxis

Praxis / Zahnärzt:in

Telefon

E-Mail

Ansprechpartner:in

02 Patient:in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon (optional)

03 Endodontischer Behandlungsauftrag

Zahn / Zahnnummer

Diagnostik / Zweitmeinung

Diagnostik + Therapie

Primäre Wurzelkanalbehandlung

Endodontische Revisionsbehandlung

Komplexe Wurzelkanalanatomie

Obliterierte / schwer auffindbare Wurzelkanäle

Persistierender apikaler Befund

Sonstige endodontische Fragestellung

Konkrete Fragestellung / gewünschter Behandlungsauftrag

04 Befunde und Vorbehandlungen

Röntgenaufnahme(n) beigefügt

keine Aufnahme beigefügt

Aufnahmedatum

Relevante Vorbefunde / endodontische Vorbehandlungen / klinische Besonderheiten

05 Abstimmung und Rücküberweisung

Bitte Rücksprache vor Beginn einer Therapie

Therapie im Rahmen des Auftrags ohne vorherige Rücksprache möglich

Rücküberweisung: Nach Abschluss der endodontischen Behandlung erfolgt die Rücküberweisung in Ihre Praxis.
Sie erhalten die für die weitere Versorgung relevanten Befunde und Behandlungsinformationen.

Ort / Datum

Unterschrift / Praxisstempel

Bitte Patient:innendaten und Röntgenaufnahmen ausschließlich über einen vorgesehenen sicheren Übertragungsweg senden.