

Überweisung zur

Mikroskopisch-endodontischen / mikrochirurgischen Behandlung



Zuweiser (Stempel):

Datum: _____

Patient

Name: _____

Telefon: _____

Mail: _____

dr. med. univ. et dent.
johannes klirmscha

dr. med. dent.
matthias holly

gruppenpraxis für zahnheilkunde
mikroskopzahnheilkunde/
endodontie

kontakt:

tel.: 01 512 11 10
fax: 01 512 11 10 - 20



dorotheergasse 12/13a, 1010 wien

www.zahnerhaltung.at

Zahnärztliche Anamnese

Zahn

- | | | |
|--|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pulpitis | <input type="checkbox"/> Nekrose | <input type="checkbox"/> CAP |
| <input type="checkbox"/> WB/Revision | <input type="checkbox"/> WSR | <input type="checkbox"/> Status post Trauma |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Kanalanatomie | | |

Erwünschte Therapie/Untersuchung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> DVT - 3D Aufnahme |
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung | |
| <input type="checkbox"/> Revision | |
| <input type="checkbox"/> WSR | |
| <input type="checkbox"/> Apexifikation | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges/Analyse | |

Röntgenbilder: werden mitgegeben gemailt liegen nicht vor