

Überweisungsformular Parodontologie / Endodontie

Ich überweise Ihnen Herrn/ Frau _____

ausschließlich zur Beratung / Untersuchung mit folgender Fragestellung

ausschließlich für folgende Therapie

Parodontitistherapie

Initialbehandlung ist bereits erfolgt am _____

Initialbehandlung ist noch nicht erfolgt

Es wurde in den letzten 3 Monaten eine PZR durchgeführt.

Regenerative Therapie Regio _____

Plastische Parodontalchirurgie Regio _____

chirurgische Kronenverlängerung Regio _____

Verbreiterung der keratinisierten Gingiva Regio _____

Periimplantitistherapie Regio _____

Wurzelkanalbehandlung Zahn _____

Revision/ Entfernung SSA/ apikaler Verschluss m. MTA Zahn _____

Adhäsiver Stiftstumpaufbau Zahn _____

Sonstiges _____

Röntgenunterlagen

beiliegend

dem Patient mitgegeben

via E-Mail

keine vorhanden

Im Falle einer Beratung/ Untersuchung bitte ich um Zusendung Ihres Befundes und Therapievorschlages, nach durchgeführter Therapie um Übersendung eines Arztbriefes mit allen relevanten Angaben und Prognose. Ich stimme einer 2jährigen Nachkontrolle des Behandlungsergebnisses ausschließlich im Rahmen des Überweisungsauftrages zu. Mein Patient wurde darüber aufgeklärt, dass nicht alle Therapien Leistungen der GKV sind und in diesem Fall ein Honorar entsprechend GOZ zu erwarten ist. Bitte überweisen Sie unseren Patienten unverzüglich zurück in unsere Praxis.

Datum, Unterschrift und Praxisstempel



Praxis für Zahnerhaltung
Dr. Maik Göbbels und Andrea Göbbels M.Sc.
Fischerstr. 4 - 02977 Hoyerswerda - Tel.: 03571 / 404147
E-Mail: rezeption@zahnarztpraxis-mag.de