

**Praxis für Zahnheilkunde**  
Tätigkeitsschwerpunkt Endodontie  
**Dr. Kai-Uwe Schimmang**  
Spöttinger Straße 2a  
86899 Landsberg am Lech  
Tel. 0 81 91 / 98 55 610  
Fax 0 81 91 / 98 56 332  
[www.zahndr.de](http://www.zahndr.de)



## ÜBERWEISENDER ZAHNARZT (STEMPEL)

Datum: .....

### ÜBERWIESENER PATIENT:

Patient Herr/Frau      Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Anschrift              Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
                                 Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
                                 E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

### ANAMNESE:

Medizinische Anamnese: .....

Zahnärztliche Anamnese: .....

### PRAXISGEBÜHR:

Die 10,- € Praxisgebühr wurden entrichtet: ja  nein  Datum: .....

### ÜBERWEISUNGSTÄTIGKEIT:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Irreversible Pulpitis: Zahn ..... | <input type="checkbox"/> Wurzelkanalrevison: Zahn ..... |
| <input type="checkbox"/> apikale Parodontitis: Zahn .....  | <input type="checkbox"/> sonstiges: .....               |
| <input type="checkbox"/> Nekrose: Zahn .....               | <input type="checkbox"/> Besonderheiten: .....          |

**Alle Zähne werden generell vorher dentin-adhäsiv aufgebaut und postendodontisch damit verschlossen:**

- CoreX (extra weiß)**    Filtek Supreme (Zahnfarbe)   ( anderes Vorgehen: .....)  
 Glasfaserstiftaufbau erwünscht (RelyX)

### Anlagen: Röntgenbild(er)

Für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen sowie für das entgegengebrachte Vertrauen möchten wir uns herzlich bedanken und versichern, dass wir alles tun werden, um eine optimale endodontische Behandlung des überwiesenen Patienten zu erreichen. Selbstverständlich ist auch, dass eine Weiterbehandlung über die Wurzelkanalbehandlung hinaus nicht durchgeführt wird. Auch auf Wunsch des Patienten nicht !!