

# Überweisung zur endodontischen Behandlung

## Dr. Stephan Krause & Dr. Alexander Krause, MSc Zahnärzte

Stöckener Straße 85 - 30419 Hannover  
Telefon: 0511 - 979 35 55 - Telefax: 0511 - 979 37 06

### Patient

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Tel. Dienst: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Endodontische Behandlung des Zahnes / der Zähne \_\_\_\_\_

### Patientensymptomatik:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dauerschmerzen         | <input type="checkbox"/> Schwellung     |
| <input type="checkbox"/> Aufbissempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Abszessbildung |
| <input type="checkbox"/> Zahnlockerung          | <input type="checkbox"/> Fistel         |

### gewünschte Behandlung:

- Endo-Beratung
- WK – Erstbehandlung
- WK – Revision

### weiterführende endodontische Leistungen

- Glasfaserstift adhäsiv einsetzen
- WSR

Bisher erfolgte Behandlungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Röntgenbilder:

- werden dem Patienten mitgegeben
- liegen nicht vor
- folgen per E-Mail an [info@dr-krause-hannover.de](mailto:info@dr-krause-hannover.de)
- werden mit der Post zugeschickt

Ich bitte um telefonische Rücksprache.

Ort, Datum

Überweiser