

Zahnarztpraxis
Dr. med. dent. Jakob Rosenbohm
Fronackerstr. 36
71332 Waiblingen
FAX: 07151 – 94 59 569

Praxisstempel der überweisenden Praxis

Patientendaten

Name	Vorname	
Anschrift	Geburtstag	
Krankenkasse / -versicherung	<input type="radio"/> privat <input type="radio"/> gesetzlich	
Telefon privat	geschäftlich	Mobil

Zahnärztliche Anamnese	
<input type="radio"/> Pulpitis an Zahn: _____ <input type="radio"/> Apikale Parodontitis an Zahn: _____ <input type="radio"/> Nekrose an Zahn: _____ Vorbehandlung: _____ Geplante Weiterbehandlung: _____	<input type="radio"/> nicht abgeschl. Wurzelwachstum _____ <input type="radio"/> WSR vorbehandelter Zahn: _____ <input type="radio"/> Frontzahntrauma _____
Therapiewunsch	
<input type="radio"/> Untersuchung /Beratung <input type="radio"/> Mikroskopische Wurzelfüllung an Zahn: _____ <input type="radio"/> Revision an Zahn: _____ <input type="radio"/> Perforationsdeckung an Zahn: _____	<input type="radio"/> Entfernung frakturierter Instrumente <input type="radio"/> Schmerzbehandlung _____ <input type="radio"/> Apexifikation an Zahn: _____ <input type="radio"/> Glasfaserstift an Zahn: _____
Bemerkungen	
Überweisungsbericht	
<input type="radio"/> analog per Brief <input type="radio"/> analog per Fax	<input type="radio"/> digital per Mail
Sonstiges: _____	
Röntgenbilder	
<input type="radio"/> werden dem Patienten mitgegeben <input type="radio"/> werden per Mail geschickt	<input type="radio"/> liegen nicht vor <input type="radio"/> sind beigelegt