



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

Praxisstempel der überweisenden Praxis

## Patientendaten

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

## Zahnärztliche Anamnese

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Pulpitis an Zahn: _____             | <input type="radio"/> nicht abgeschl. Wurzelwachstum _____ |
| <input type="radio"/> Apikale Parodontitis an Zahn: _____ | <input type="radio"/> WSR vorbehandelter Zahn: _____       |
| <input type="radio"/> Nekrose an Zahn: _____              | <input type="radio"/> Frontzahntrauma _____                |
- Vorbehandlung: \_\_\_\_\_  
Geplante Weiterbehandlung: \_\_\_\_\_

## Therapiewunsch

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Untersuchung /Beratung                      | <input type="radio"/> Entfernung frakturierter Instrumente |
| <input type="radio"/> Mikroskopische Wurzelfüllung an Zahn: _____ | <input type="radio"/> Schmerzbehandlung _____              |
| <input type="radio"/> Revision an Zahn: _____                     | <input type="radio"/> Apexifikation an Zahn: _____         |
| <input type="radio"/> Perforationsdeckung an Zahn: _____          | <input type="radio"/> Glasfaserstift an Zahn: _____        |

## Bemerkungen

## Überweisungsbericht

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> analog per Brief | <input type="radio"/> digital per Mail |
| <input type="radio"/> analog per Fax   |  |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Röntgenbilder

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> werden dem Patienten mitgegeben | <input type="radio"/> liegen nicht vor |
| <input type="radio"/> werden per Mail geschickt       | <input type="radio"/> sind beigelegt   |