

# ÜBERWEISUNGSFORMULAR

## Spezialisten für Endodontologie der DGET Praxis für Endodontie

Bitte per Fax an: 030/252 94 312  
oder per Mail an:  
kontakt@endodontie-berlin-mitte.de

Voxstraße 1  
10785 Berlin  
Tel. 030/ 252 94 777  
www.endodontie-berlin-mitte.de

Dr. Bernard Bengs · Dr. Eva Dommisch  
Endodontie

Überweisende Praxis:

Behandler/in:

Adresse:

Tel.:

E-Mail:

Bitte führen Sie bei unserem Patienten/ unserer Patientin

Herr      Frau

Name:

Vorname:

geb.:

Adresse:

Tel.:

an Zahn

folgende Behandlung durch:

Endodontische Diagnose und Beratung  
3D-Röntgendiagnostik (DVT)  
Mikroskopische Wurzelkanalbehandlung  
Entfernung eines Instrumentenfragments  
Perforationsdeckung  
Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion  
Revitalisierung

**Der Zahn**

ist bereits wurzelkanalgefüllt  
wurde initial endodontisch behandelt  
hat ein Trauma erlitten

**Es besteht eine medikamentöse Einlage mit**

Calciumhydroxid  
Ledermix  
anderes Medikament

**Der Zahn ist verschlossen mit**

Composite  
Amalgam  
Keramik  
Gold  
prov. Füllung

**Der Zahn ist mit einer Krone versehen. Diese ist befestigt mit**

Phosphatzement  
Temp Bond  
Composite (adhäsiv)

### Aktuelle Röntgenbilder

sind nicht vorhanden      senden wir per E-Mail  
geben wir dem Patienten/der Patientin mit

Anmerkungen:

Datum/ Unterschrift

Praxisstempel