

AOK	LKK	BKK	IKK	VDAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____						
Kassen Nr.	Versicherten Nr.		Status			
Vertragsarzt Nr.	VK gültig		Datum			

Praxisstempel

Unterschrift

## Überweisung zur endodontischen Behandlung

Gewünschte Behandlung an Zahn \_\_\_\_\_

- |                                                       |                                                          |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung             | <input type="checkbox"/> Dentinadhäsiver Stift erwünscht |
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlungsrevision    | <input type="checkbox"/> internes Bleichen               |
| <input type="checkbox"/> mikroskopische Endochirurgie | <input type="checkbox"/> Perforationsdeckung             |

### Anamnese

Allgemeinmedizinische Anamnese \_\_\_\_\_

Zahnmedizinische Anamnese \_\_\_\_\_

- Instrumentenfraktur (Art) \_\_\_\_\_ Kanal \_\_\_\_\_
- Wurzelfüllung bereits gelegt vor ca. \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren
- Perforation

Bitte senden Sie uns ebenso Ihre **Röntgenbilder** und den **Parodontalbefund** des zu behandelnden Zahnes zu, damit die Strahlenbelastung für Ihren Patienten so gering wie möglich gehalten werden kann.

Wir danken für das Vertrauen, das Sie uns entgegenbringen.

# Ali Özdemir MSc

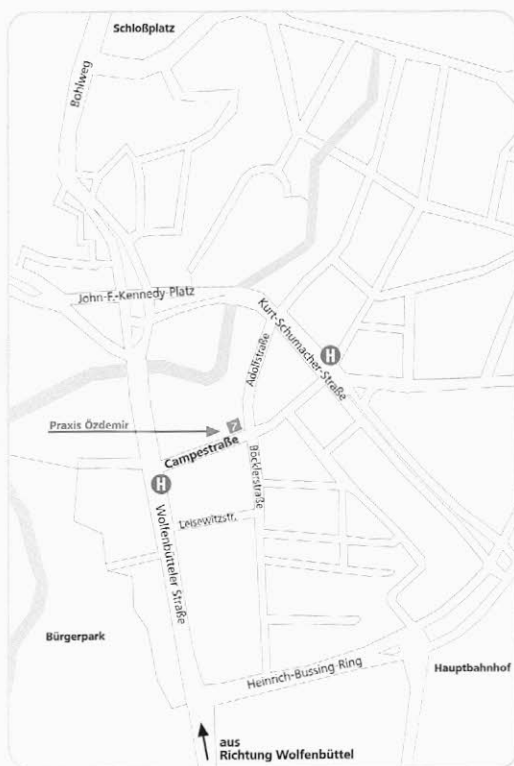
Zahnarzt  
Spezialist für Endodontie

Privatpraxis für  
mikroskopische Endodontie

Campestraße 7  
38102 Braunschweig

Tel: 0531 - 237 680 41  
info@micro-endodontics.de

Certified in Microendodontics and Endodontic Microsurgery  
from the University of Pennsylvania, USA



## Anfahrt

mit öffentlichen Verkehrsmitteln  
Haltestelle Campestraße

Tram: M1, M2,  
Metro Bus: M19, M29

Bus: 420, 461

PKW: siehe Anfahrtsskizze,  
Parkmöglichkeiten finden sich in  
direkter Umgebung der Praxis

[www.micro-endodontics.de](http://www.micro-endodontics.de)

# Ihre Spezialpraxis für Wurzelkanalbehandlung