

STEMPEL Überweiserpraxis

email Überweiserpraxis

@

Datum

Praxis für Zahnerhaltung und
Endodontie
Dr. med. Olaf Löffler
Salomonstr. 21
04103 Leipzig

☎(0341) 5290860
FAX (0341) 5290859
www.praxisdrloeffler.de

ÜBERWEISUNG zur mikroskopisch-endodontischen Behandlung

Patientendaten:

Name:

Tel. Privat

Vorname

Fax Privat

Geburtsdatum:

Mobil

Strasse, Nr.:

Tel. Dienst

PLZ, Ort:

Fax Dienst

Email:

Diagnose:

Pulpitis
apikale Parodontitis
Nekrose

Anamnese / Erwünschte Behandlung

Zähne Therapie

- _____ Wurzelbehandlung orthograd
_____ Revision / Weiterführung
_____ mikrochirurg.Wurzelspitzenresektion
_____ Stiftaufbau
_____ Zahnerhalt mit allen Mitteln

Sonstiges/Bemerkungen:

Beratungstermin bei Dr. Löffler vereinbart: am _____

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

um den langfristigen Erfolg dieser komplizierten endodontischen Behandlung zu gewährleisten, ist ein bakteriendichter adhäsiver Verschluss des Zahnes durch uns unerlässlich. Sollte auf Grund erheblicher Substanzverluste eine Befestigung des Aufbaus durch einen adhäsiv befestigten Stiftaufbau notwendig werden, werden wir dies entsprechend ausführen. Sollten Sie dies nicht wünschen, bitten wir um eine Notiz auf diesem Schreiben. Dies wird die Erfolgswahrscheinlichkeit der endodontischen Behandlung jedoch stark beeinträchtigen und deshalb von uns nicht angeraten.

Ihre Patienten werden - über den Regelungen im Gutachterwesen hinausgehend - innerhalb von 4 Jahren nach Vorstellung in unserer Praxis ausschließlich im Rahmen Ihres Überweisungsauftrages behandelt. Sie erhalten einen Arztbrief mit allen relevanten Angaben und Prognose.

Für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen, sowie für das entgegengebrachte Vertrauen möchten wir Ihnen herzlich danken.