

# Überweisung zur

Mikroskopisch-endodontischen / mikrochirurgischen Behandlung



Zuweiser (Stempel):

Datum: \_\_\_\_\_

Patient

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

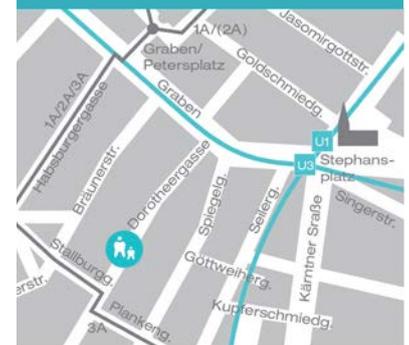
dr. med. univ. et dent.  
johannes klirmscha

dr. med. dent.  
matthias holly

gruppenpraxis für zahnheilkunde  
mikroskopzahnheilkunde/  
endodontie

kontakt:

tel.: 01 512 11 10  
fax: 01 512 11 10 - 20



dorotheergasse 12/13a, 1010 wien

[www.zahnerhaltung.at](http://www.zahnerhaltung.at)

## Zahnärztliche Anamnese

### Zahn

- |  |                                  |   |
|--|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pulpitis              | <input type="checkbox"/> Nekrose | <input type="checkbox"/> CAP                |
| <input type="checkbox"/> WB/Revision           | <input type="checkbox"/> WSR     | <input type="checkbox"/> Status post Trauma |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Kanalatomie |                                  |   |

### Erwünschte Therapie/Untersuchung

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beratung          | <input type="checkbox"/> DVT - 3D Aufnahme |
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung  |  |
| <input type="checkbox"/> Revision          |  |
| <input type="checkbox"/> WSR               |  |
| <input type="checkbox"/> Apexifikation     |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges/Analyse |  |

Röntgenbilder:  werden mitgegeben  gemailt  liegen nicht vor