

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt Nr.	VK gültig bis	Datum

Dres. Meller & Kollegen

Tel. 07151 / 98 27 400

Fax 07151 / 98 16 095

Bahnhofstraße 54 / Villa Kaiser  
71332 Waiblingen

info@meller-zahngesundheit.de  
www.meller-zahngesundheit.de

## Überweisung zur endodontologischen Behandlung

**Patient:** \_\_\_\_\_

**Zahn:** \_\_\_\_\_

### Überweisungsgrund

- Beratung / Diagnostik
- Wurzelkanalerstbehandlung
- Revisionsbehandlung
- Telefonische Rücksprache mit dem Überweiser gewünscht

### Bei prothetisch versorgten Zähnen

- Endodontische Behandlung durch vorhandenen Zahnersatz
- Endodontische Behandlung nach Entfernung des Zahnersatzes  
Zahnersatz ist  temporär /  definitiv zementiert

### Weiterführende endodontische Leistungen

- Adhäsiwer periendodontische Aufbau?  Ja  Nein
- Glasfaserstift adhäsiv inserieren?  Ja  Nein
- Platz für Stiftsetzung bei WF lassen?  Ja  Nein
- Internes Bleaching nach endodontischer  
Behandlung?  Ja  Nein

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

Praxisstempel