

# ÜBERWEISUNGSFORMULAR



**Team Dr. Mittag**

ENDODONTIE · ÄSTHETIK

Zahnärzte-Team Dr. Mittag  
Dr. Inge Mittag, M.Sc.  
Parkallee 301, 1. Etage  
28213 Bremen

Telefon 0421-56 65 150

Telefax 0421-56 65 155

E-Mail ueberweiser@team-drmittag.de

## Überweisung zur endodontischen Behandlung

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

um Ihnen die Arbeit zu vereinfachen und damit keine Missverständnisse bei der Behandlung auftreten, bitten wir Sie dieses Formular auszufüllen und uns per Post, Fax oder auf elektronischem Wege zukommen zu lassen.

Gerne können Sie die Überweisung auch Ihrem Patienten mitgeben.

Zahn:

Therapie:

### Spezifizieren Sie ggf.:

- Therapie:
- Orthograde mikroskopische WKB mit/ohne Wurzelfüllung
  - Mikroskopische Revision ggf. mit WSR
  - Auffinden von Wurzelkanälen
  - Entfernung frakturiertes Instrument
  - Schmerzbehandlung
  - Trauma- / Fraktur- / Unfalltherapie

- ggf. Diagnose:
- Pulpitis
  - Pulpanekrose
  - Parodontitis apicalis
  - unklare Diagnose, z.B. interne/externe Resorption

ggf. zahnärztliche  
Anamnese:

- Information zum Zahnersatz:
- Ist neu eingegliedert
  - Ist provisorisch zementiert
  -

Stiftaufbau/Zahnersatz geplant?  nein  ja

Röntgenbilder beigefügt?  nein  ja

### Stempel der Überweisungspraxis

Überweisende/r Zahnärztin/Zahnarzt

### Patienteninformationen

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon-Nr./Mobil-Nr.

### Datum und Unterschrift

Digitale Röntgenbilder bitte vorab senden an: [ueberweiser@team-drmittag.de](mailto:ueberweiser@team-drmittag.de)

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und  
verbleiben mit freundlichen Grüßen!

*Ihr Zahnärzte-  
Team Dr. Mittag!*