



Dr. Schwarz  
Zahnarztpraxis

Tätigkeitsschwerpunkt Endodontie  
Benediktsplatz 2 - 99084 Erfurt - Telefon 0361/6435470

## ÜBERWEISUNGSFORMULAR ZUR ENDODONTOLOGISCHEN BEHANDLUNG

### Patient

Vorname: ..... Nachname ..... Geb.-Datum: .....

Wichtige Grunderkrankungen bzw. Medikationen: .....

Zahn: .....

Diagnose: .....

Momentane Beschwerden: .....

Bereits erfolgte Behandlung: .....

Eventuell bereits ermittelte Arbeitslängen: .....

Eventuell schon aufbereitet bis Größe: .....

Gewünschte postendodontologische  
Versorgung:

Zurückverweisung mit  
provisorischer Füllung

Versorgung mit Glasfaser-  
stift/Composite soweit nötig

Wenn Patient gesetzlich versichert – welche Leistungen bereits zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet:

.....  
.....  
.....