

## Überweisung eines Patienten mit endodontischer Fragestellung:

Therapie an Zahn: \_\_\_\_\_

Gewünschte Behandlung:  Wurzelkanalbehandlung  
 Revision einer Wurzelkanalbehandlung  
 mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

Wurde die Behandlung bereits begonnen:  ja: \_\_\_\_\_  
 nein

Bestehende Schwierigkeiten:  zu entfernender Stiftaufbau  
 Perforationen  
 frakturiertes Instrument  
 nicht gängige Kanäle/Stufen  
 Trauma/Verfärbungen  
 Resorptionen  
 Bemerkungen (z.B. Art/Material des Fragments, Zustand nach WSR)  
\_\_\_\_\_

Bestehen aktuell Schmerzen:  ja  
 nein  
 Schmerzzustand: \_\_\_\_\_

Gewünschte Versorgung:  adhäsive Versiegelung der Kanäleingänge und provisorischer Verschluss der Zugangskavität mit Cavit  
 definitiver Verschluss der Zugangskavität mit Composit  
 andere Wünsche/Bemerkungen:  
\_\_\_\_\_

Anlagen (z.B. Rö): \_\_\_\_\_

Termin:  Pat. meldet sich  
 Pat. bitte anrufen: Tel. \_\_\_\_\_

Zusatzbemerkungen: \_\_\_\_\_

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Frau Dr. Anstett:  
[info@kieferchirurgie-bruchsal.de](mailto:info@kieferchirurgie-bruchsal.de)