



## Überweisung zur endodontischen Behandlung

An:

**Zahnarztpraxis Catrin Finger**

Zerndorfer Weg 54  
13465 Berlin (Frohnau)

Überweisende/r ZÄ/ZA:

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Praxisstempel & Unterschrift

### Patient

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Übernahme der Behandlung von:

Zahn: \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_

- Erstbehandlung
- Weiterbehandlung
- Revision

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

- Wir bitten um Rücksprache nach einer Erstuntersuchung

### Soll für eine Terminvergabe Kontakt aufgenommen werden?

- Ja
- Nein, der Patient wird sich bei Ihnen zur Terminvergabe melden

### Information

- Der Patient wurde informiert, dass die Behandlung nach BEMA und GOZ durchgeführt wird und die Erstattung je nach Versicherungsvertrag unterschiedlich ist.
- Aktuelle Röntgenbilder sowie relevante Unterlagen für die Endodontie-Behandlung wurden dem Patienten ausgehändigt.

### Festlegung

Die Behandlung erfolgt nach den geltenden Richtlinien für Gutachter, die besagen, dass eine überweisungs-fremde Behandlung für mindestens 2 Jahre in unseren Praxisräumen nicht durchgeführt wird. Nach erfolg-ter Behandlung wird der Patient zurücküberwiesen.