

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Überweisung an

Praxis für Endodontie

Dr. Stefan Lorenz
Tal 14, 80331 München
Tel.: 089 - 23 23 27 66
www.endodontie-marienplatz.de

Oralchirurgie T1

Dr. med. Gahlert & Dr. med. Röhling
Theatinerstraße 1, 80333 München
Tel.: 089 - 23 66 800
www.oralchirurgie-t1.de

Patientendaten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Unfalldokumentation

Datum _____ Uhrzeit _____ Freizeitunfall Arbeits-, Schul- oder Wegeunfall (etc.)

Unfallort _____

Unfallanamnese

Bewusstlosigkeit retrograde Amnesie Übelkeit/Erbrechen kein Tetanusschutz vorhanden

Zahnbefunde

Dislokationsverletzung: Zahn _____

Schmelz-Dentin-Fraktur: Zahn _____

Vollständige Avulsion: Zahn _____

Trockenlagerungsdauer _____

Transportmedium _____

Röntgen

Zahnfilm OPG DVT intraorale Fotos

Bisher durchgeführte Therapie _____

Überweisende Praxis / Praxisstempel _____