Dr. Strößner + Team
ZAHNKOMPETENZZENTRUM WEISSENFELS

Überweisung zur zahnärztlichen Mitbehandlung

Onkologie · Datum: _____

ÜBERWEISENDE PRAXIS

Praxis, Klinik _____
Ärztin, Arzt _____
Telefon _____
Bericht an _____

PATIENTIN, PATIENT

Name _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____
Versicherung _____

ANLASS

- ☐ Sanierungsplan vor Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich
- ☐ Eingriff unter oder nach antiresorptiver Therapie
- ☐ Beschwerden im Mund während der Therapie
- ☐ Untersuchung vor antiresorptiver Therapie
- ☐ Abklärung vor Chemotherapie oder Transplantation

FRAGESTELLUNG

BIS WANN

- ☐ Routine
- ☐ Heute: Schmerz oder Schwellung
- ☐ Bis zum _____
- ☐ Grund für das Datum:

WICHTIG FÜR DIE BEHANDLUNG

- ☐ Gerinnungshemmung
- ☐ Antiresorptive Therapie (Bisphosphonat, Denosumab)
- ☐ Immunsuppression oder Chemotherapie
- ☐ Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich
- ☐ Hohes Endokarditis-Risiko
- ☐ Diabetes
- ☐ Schwangerschaft
- ☐ Allergien oder Unverträglichkeiten
- ☐ Zahnbehandlungsangst, Wunsch nach Sedierung oder Vollnarkose
- ☐ Betreuung, Pflegegrad oder Transportbedarf

Beigefügt:

RÜCKMELDUNG ERBETEN

- ☐ Schriftlicher Bericht nach dem ersten Termin mit Untersuchung
- ☐ Anruf vor geplanten Eingriffen

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung: Ich bin einverstanden, dass die oben genannte überweisende Praxis oder Klinik und das Zahnkompetenzzentrum Dr. Strößner die für meine ärztliche und zahnärztliche Behandlung nötigen Informationen austauschen, schriftlich oder telefonisch: Befunde, Diagnosen, Medikation, Behandlungspläne, Röntgenbilder. Dafür entbinde ich beide von der Schweigepflicht. Die Einwilligung ist freiwillig, meine Behandlung hängt nicht davon ab. Ich kann sie jederzeit für die Zukunft bei einer der beiden Stellen widerrufen.

_____
Datum, Unterschrift (Patientin, Patient oder gesetzliche Vertretung, Betreuung, Bevollmächtigte)

Überweisende Praxis

_____
Stempel, Unterschrift

FÜR SIE ALS PATIENTIN ODER PATIENT: SO GEHT ES WEITER

Termin online über den QR-Code oder unter **03443 339 65 54**. Steht oben ein Datum, rufen Sie bitte an. Bitte mitbringen: diesen Bogen, Versichertenkarte, Medikamentenplan, vorhandene Röntgenbilder. Setzen Sie wegen des Termins keine Medikamente selbst ab. Welche Zahnarztpraxis Sie wählen, entscheiden Sie selbst. Zahnkompetenzzentrum Dr. med. dent. M.Sc. Sandro Strößner + Team, Leopold-Kell-Straße 25, 06667 Weißenfels.