Dr. Strößner + Team
ZAHNKOMPETENZZENTRUM WEISSENFELS

Überweisung zur zahnärztlichen Mitbehandlung

Orthopädie · Datum: _____

ÜBERWEISENDE PRAXIS

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

PATIENTIN, PATIENT

Name _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____
Versicherung _____

ANLASS

- ☐ Untersuchung vor Bisphosphonaten oder Denosumab
- ☐ Zahnstatus oder Fokusabklärung vor Gelenkersatz
- ☐ Funktionsdiagnostik: Kiefergelenk, Knirschen, CMD
- ☐ Eingriff unter antiresorptiver Therapie
- ☐ Parodontaler Befund bei Rheuma oder Immunsuppression
- ☐ Zahnunfall

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.