Dr. Strößner + Team
ZAHNKOMPETENZZENTRUM WEISSENFELS

Überweisung zur zahnärztlichen Mitbehandlung

Zahnärztinnen und Zahnärzte · Datum: _____

ÜBERWEISENDE PRAXIS

Praxis, Klinik _____

Ärztin, Arzt _____

Telefon _____

Bericht an _____

PATIENTIN, PATIENT

Name _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Versicherung _____

ANLASS

- ☐ Implantation, Region
- ☐ Weisheitszahnentfernung
- ☐ Wurzelspitzenresektion
- ☐ Zystektomie, Gewebeprobe
- ☐ 3D-Röntgen mit Befundbewertung
- ☐ Augmentation, Sinuslift
- ☐ Extraktion, operative Zahnentfernung
- ☐ Freilegung, Bändchenkorrektur, Vestibulum-Plastik
- ☐ Parodontalchirurgie, Periimplantitis
- ☐ Konservierend-chirurgische Sanierung in Narkose

FRAGESTELLUNG

BIS WANN

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

WICHTIG FÜR DIE BEHANDLUNG

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