

**Absender/Praxisstempel**  
(inkl. Tel. Nr./E-Mail)

Wurzelbehandlungen Bern  
Dr. med. dent. Stefan Hänni  
Mittelstrasse 40/42  
3012 Bern

**Patientendaten/Patientenetikette**

Frau  Herr

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Versicherung/Nr. \_\_\_\_\_

**Therapiedaten**

Therapie an Zahn: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Bisherige Therapie, Vorbereitung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kanallängen: \_\_\_\_\_

Gewünschte Therapie:

- Kanalaufbereitung und Wurzelfüllung
- Nur Kanalaufbereitung
- Verschluss der Perforation. Wo? \_\_\_\_\_
- Entfernung des frakturierten Instruments. Wo? \_\_\_\_\_
- Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion
- Andere/Bemerkungen \_\_\_\_\_

Gewünschte Versorgung:

- Provisorischer Verschluss
- Definitiver Verschluss mit Komposit
- Aufbau für Überkronung
- Vorbereitung Stiftkanal
- Andere/Bemerkungen \_\_\_\_\_

**Beilagen** \_\_\_\_\_ **Rx** \_\_\_\_\_

(Bitte, wo möglich ein **aktuelles** und alle verfügbaren älteren Röntgenbilder beilegen. Bei digitalen Bildern nach Möglichkeit eine Referenz zur Längenbestimmung anbringen.)

Bitte senden Sie mir „Wurzelbehandlungen Bern“ Flyer, zur Abgabe an Patienten: \_\_ Stk.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Dr. med. dent. Stefan Hänni