

## Absender/Praxisstempel

Praxisname: \_\_\_\_\_  
Zahnarzt: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
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