

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