

Expéditeur / timbre du cabinet

Nom du cabinet : _____
Dentiste : _____
Rue : _____
NPA / localité : _____
Tél. : _____
E-mail : _____

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

Données / étiquette du patient / de la patiente

Madame Monsieur

Nom, prénom : _____
Rue : _____
NPA / localité : _____
Tél. : _____
N° d'assurance : _____

Données thérapeutiques

Thérapie dentaire : _____

Diagnostic : _____

Thérapie suivie jusqu'ici, préparation ? _____

Longueur de travail : _____

Thérapie souhaitée :

- Mise en forme et obturation du système canalaire.
- Mise en forme du système canalaire.
- Obturation de la perforation. Où ? _____

- Retrait de l'instrument fracturé. Où ? _____
- Apicoectomie par microchirurgie
- Autres / remarques _____

Traitement souhaité :

- Obturation provisoire
- Obturation définitive avec composite
- Reconstitution pour couronne
- Préparation du canal pour pivot
- Autres / remarques _____

Annexes _____ **Rx** _____

(Prière de joindre, dans la mesure du possible, une radiographie **actuelle** ainsi que toutes les anciennes radiographies. Pour les images numériques, joindre si possible une référence pour la détermination de la longueur.)

Prière de nous envoyer des dépliants de Wurzelbehandlungen Bern pour nos patients : Ex.

Lieu et date _____ Signature _____

Dr. med. dent. Stefan Hänni