

## Überweisung zur endodontischen Therapie

An: Zahnarztpraxis Wittenförden, Herrn Dr. Hanko Dewitz, Schweriner Str. 19, 19073 Wittenförden,  
Tel. 0385/ 663103, [www.zahnarzt-wittenfoerden.de](http://www.zahnarzt-wittenfoerden.de)

Sehr geehrter Herr Kollege Dewitz,

wir überweisen heute den Patienten/ die Patientin \_\_\_\_\_,  
geb. am \_\_\_\_\_, wohnhaft \_\_\_\_\_  
zur endodontischen Untersuchung/Behandlung.

Besonderheiten, spezielle Anamnese:

Endodontisches Problem:

Pulpitis  Nekrose  chronische apikale Ostitis  Fistel   
Instrumentenfraktur  Perforation  Revisionsbedarf  interne Resorption   
erfolglose WSR  Sonstige \_\_\_\_\_

Zu behandelnder Zahn: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Der o.g. Patient/ Patientin wurde darauf hingewiesen, dass die beauftragten Therapiemaßnahmen in  
über das Niveau der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen und nahezu  
immer mit Kosten zu rechnen ist, die von gesetzlichen Krankenkassen NICHT erstattet werden.

Überweiserpraxis: (Stempel)

Unterschrift