

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Dr. Schwedt, MSc Endodontie

Adresse Zahnarztpraxis für Endodontie  
Umlandstraße 175  
10719 Berlin  
Telefon 030/6098 1975  
Fax 030/8872 1868  
E-Mail praxis@high-endo.de

## Überweisung

## Überweisung zur endodontischen Behandlung

Zahn:
Befund:
<input type="radio"/> apikaler Prozess <input type="radio"/> Revision notwendig <input type="radio"/> Entfernung Wurzelkanalinstrument  Länge: _____ Fabrikat: _____
<input type="radio"/> Sonstiges: _____  _____

## Checkliste

- Dem Patienten wurden mitgeteilt, dass die Behandlung nach BEMA und GOZ durchgeführt wird und die Erstattungsfähigkeit von den jeweiligen Versicherungsverträgen abhängt.**
- Dem Patienten wurden alle aktuellen Röntgenbilder und behandlungsrelevanten Unterlagen ausgehändigt oder diese wurden an uns gesendet.**

## Vereinbarung

Die Behandlung erfolgt nach den geltenden Richtlinien für Gutachter, die besagen, dass eine überweisungsfremde Behandlung für mindestens 2 Jahre in unseren Praxisräumen nicht durchgeführt wird. Nach erfolgter Behandlung wird der Patient zurücküberwiesen.