

# Überweisungsformular

Überweisender Zahnarzt (Praxisstempel)

Patient:

Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Geb. Datum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ /Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Durchzuführende Abklärung / Therapie bei Erosionen:

- Ursachen-Abklärung Erosionen  
 Therapie der vorliegenden Erosionen

Durchzuführende Therapie Endodontie:

- erste Wurzelbehandlung / Suche von (4.) Kanälen an Zahn \_\_  
 Revision Wurzelbehandlung Zahn \_\_  
 Wurzelspitzenresektion (s. Überweisung Oralchirurgie) an Zahn \_\_

Durchzuführende Untersuchung / Therapie bei Kindern:

- Untersuchung / Therapie  
 Therapie unter Lachgas  
 Extraktion von Zahn / Zähnen:

Bitte schildern Sie die Problematik, wenn die Behandlung des Kindes nicht möglich war:

Dringlichkeit:

Notfall  ja  nein

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

Beilagen: \_\_\_\_\_

Zahnarztpraxis  
Dr. med. dent. Malte Schulz  
Dr. med. dent. Michèle Schulz-Katterbach

Huebwiesenstr. 32  
8954 Geroldswil

Fon 044 748 2777  
Fax 044 748 3042

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft  
Société suisse des médecins dentaires  
Societá svizzera odontologica  
Swiss Dental Association

**SSO**

Unsere Zahnärzte. Seit 125 Jahren.

Zahnärzte

im Gemeindezentrum  
8954 Geroldswil

Dr. med. dent. Malte Schulz  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie SSO/SSOS  
Dr. med. dent. Michèle Schulz-Katterbach  
Eidg. Dipl. Zahnärztin SSO