Begleitbogen zur Überweisung

Zahnarztpraxis Dr. med. Beate Hensel-Nigrin · Liebetraustraße 23 · 99867 Gotha
Tel. 03621 751440 · Fax 03621 751414 · praxis@hensel-nigrin.de

ÜBERWEISENDE PRAXIS

Praxisstempel

Praxisname, Zahnärztin / Zahnarzt

Telefon / E-Mail für Rückfragen

PATIENTIN / PATIENT

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Versicherung / Kasse

☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Selbstzahler

FRAGESTELLUNG / GEWÜNSCHTE LEISTUNG

Zahnärztliche Chirurgie

☐ Zahnentfernung, Zahn/Zähne: _____ ☐ Weisheitszahn/-zähne: _____ ☐ Wurzelspitzenresektion, Zahn: _____

Implantologie

☐ Implantation, Regio: _____ ☐ Beratung / Planung ☐ Nachkontrolle / Freilegung

3D-Röntgen (DVT)

☐ DVT-Aufnahme, Region: _____ ☐ Daten als DICOM gewünscht

Konkrete Fragestellung / Bemerkungen:

WICHTIGE ANGABEN ZUR ANAMNESE

☐ Blutverdünnung / Antikoagulation ☐ Bisphosphonate / Antiresorptiva ☐ Endokarditis-Prophylaxe nötig

☐ Diabetes ☐ Allergien ☐ Schwangerschaft

☐ Immunsuppression ☐ Weitere Erkrankungen

Medikamente / Details: _____

ANLAGEN

☐ Röntgenaufnahmen (Datum: _____) ☐ Vorbefunde ☐ Medikamentenplan

☐ Einwilligung der Patientin / des Patienten zur Übermittlung von Befunden und Bericht liegt vor

Datum

Unterschrift / Stempel der überweisenden Praxis

Die vertragszahnärztliche Überweisung erfolgt nach § 11 BMV-Z auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16). Dieser Bogen ergänzt sie um die fachlichen Angaben und ersetzt sie nicht. Bitte weisen Sie Ihre Patientin oder Ihren Patienten auf die freie Zahnarztwahl hin.
Patientenunterlagen bitte nicht unverschlüsselt per E-Mail senden, sondern per Post, Fax oder über einen sicheren Übertragungsweg.
Nach Abschluss der Behandlung erhalten Sie einen Bericht. Die weitere Versorgung verbleibt in Ihrer Praxis.
Stand: September 2026