

CMD Überweisungsbogen:

Praxis Dr. Kai Neuhaus

Berghofer Schulstraße 5 · 44269 Dortmund
Tel.: 0231 / 49 60 360 · Fax.: 0231 / 49 60 362
E-Mail: info@zahnarzt-dr-neuhaus.de
www.zahnarzt-dr-neuhaus.de



Herrn Dr. Neuhaus Berghofer Schulstrasse 5 D-44269 Dortmund (Fax 0231 49 60 3 60)	Absender (Praxisstempel): E-mail/Faxnummerfür Rückfragen: Datum:
---	--

Überweisungsauftrag zur Untersuchung / Mitbehandlung bei Verdacht auf CMD

Sehr geehrter Herr Kollege Neuhaus,

hiermit überweise ich Ihnen

Name, Vorname:.....geb. am:

Name, Vorname des Versicherten:.....geb. am:

Adresse:.....

Tel.privat:.....Tel.Büro:.....Mobil:.....

Beruf/Arbeitgeber:.....

Gesetzlich versichert: Priv. Krankenversicherung: beihilfeberechtigt? (ja) (nein)

mit der Bitte um die Übernahme folgender Leistungen:

- Diagnostik: Ausschluss der zahnärztlichen Komponente bei folgenden Beschwerden:
.....
- Diagnostik: Klinische Funktionsanalyse
- Diagnostik: Instrumentelle Funktionsanalyse
- Funktionstherapie: Initialtherapie mittels Okklusionsschienen und/oder Aufbissbehelfen
- prothetisch-restaurative Maßnahmen zur langfristigen Stabilisierung der Okklusion
- Überwachung des Behandlungserfolges und Recall
- Rücküberweisung

Nach meiner Einschätzung deutet sich schon jetzt folgender Bedarf konsiliarischer Untersuchungen bzw. Mitbehandlungen an:

- Physiotherapie
- Orthopädie
- Spezielle Schmerztherapie
- Psychosomatische Medizin
- bildgebende Diagnostik (MRT)

Mit freundlichen Grüßen

.....