An die

Universitätsmedizin Göttingen

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik *(PRAXISSTEMPEL)*

CMD-Sprechstunde

Robert-Koch-Str. 40

37075 Göttingen

Überweisung bei Verdacht auf eine Funktionsstörung des Kauorgans

Sehr geehrte Mitarbeiter der CMD-Sprechstunde,

mit diesem Schreiben überweise ich Ihnen folgenden Patienten für die CMD-Sprechstunde

Name des Patienten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Folgende Untersuchungen/Behandlungen sind gewünscht:

* Klinische Funktionsanalyse
* Bildgebung (MRT, CT, DVT, KG-Aufnahme)
* MKG-chirurgische Intervention
* kieferorthopädisches Konsil
* Physiotherapeutische Maßnahmen
* Orthopädische Behandlung
* Schmerztherapeutische Maßnahmen
* Psychosomatisches Konsil
* Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie zudem an, ob Sie lediglich eine Initialtherapie oder zudem weitere restaurative Maßnahmen von uns wünschen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen