

# Überweisungprotokoll für Zahnpatienten



Tierärztliche Praxis für Pferde  
**Ratingen**

**Überweisung durch**  
.....  
**Tel.:** .....  
**Fax :** .....

Datum .....

Besitzer:..... Adresse: .....  
Plz.: ..... Ort: .....  
Tel.: .....

Pferd: ..... Alter : ..... Jahre Geschlecht :  Wall.  Hengst  Stute  
DE .....  NS  S

Symptome bestehen seit..... Futteraufnahme  normal  gestört EZ .....

Rittigkeit verändert  ja  nein Nasenausfluß seit ..... Foetor ex ore .....

Schwellung ..... sonstiges.....

Befunde in der Maulhöhle: Welcher Zahn ist betroffen? .....

Zahnsanierung  Ja , wann? ..... mit Sedation  ja mit .....  nein

Frühere Zahnextraktionen / Maßnahmen : .....

Bisherige Behandlung : .....

Medikamente : .....

Durchgeführte Untersuchung:  Röntgen  Oralkamera  CT

Untersucher: