

# ZAHNARZTBRIEF

Praxisname  
Straße und Hausnummer  
PLZ Ort  
Telefon:  
E-Mail:

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_

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

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

**Behandler:**

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Praxisadresse: \_\_\_\_\_

**Untersuchung / Termin:**

Datum: \_\_\_\_\_

**Diagnose / Befund:**

Hier bitte Diagnose und Befund ausführlich eintragen. Beschreiben Sie den Zustand der Zähne, das Behandlungsergebnis, besondere Auffälligkeiten und wichtige Hinweise für die weitere Behandlung.

**Therapie / Behandlungsempfehlungen:**


Hier bitte die durchgeführte Therapie und die empfohlenen Maßnahmen eintragen. Z.B. weitere Kontrolltermine, notwendige Behandlungen, Hinweise zur Mundhygiene.

**Weiterer Verlauf / Besondere Hinweise:**

Hier können weitere wichtige Hinweise, etwaige Risiken, Allergien oder besondere Vereinbarungen dokumentiert werden.

**Unterschrift Zahnarzt:** \_\_\_\_\_

Praxisstempel:



Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/zahnarzt-brief/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.