



DentoDoc  
Dr. Claudia Michl  
Carl-Jordan-Str. 9  
83059 Kolbermoor

Absender (Praxisstempel):

Fax (08031) 80 75 24

## Überweisung bei Verdacht auf CMD

Datum:

**Sehr geehrte Frau Kollegin Michl,**

**Hier überweise ich Ihnen**

Meinen/e Patient/in:  geb. am:   
Wohnhaft in:   
Telefon:   
Beruf/Arbeitgeber:   
Versichert bei:   
GKV:  PKV:  mitversichert bei:

### Mit der Bitte um diagnostische Abklärung bei Verdacht auf CMD

- Schmerzdiagnostik ( zum Ausschluss dentogener oder craniofazialer Ursachen)
- Klinische Funktionsanalyse nach den aktuellen Richtlinien der DGZMK/DGFDT, ggf. um fachärztliche Konsile
  - Bildgebende Diagnostik
  - Orthopädie
  - Physiotherapie
  - Psychosomatische Therapie
  - Spezielle Schmerztherapie
- Funktionstherapie
- Schienentherapie
- Sicherung der Schienenokklusion über Langzeitprovisorien
- Prothetisch-restaurative Maßnahmen zur Langzeitstabilisierung der Okklusion
- Sonstiges:

**Mit der Bitte um Therapiebegleitende Befundberichte und ggf. Rücküberweisung des Patienten/In nach Abschluss der Diagnostik/Therapie.**

**Mit freundlichen kollegialen Grüßen**