

Überweisung zur endodontischen Behandlung

Überweiser

BITTE EINSENDEN

Name, Praxisstempel, Tel.

- Per Fax: 0551-3922037

- Per Post

Bitte angeben, falls Behandlung durch einen bestimmten Zahnarzt gewünscht ist:

Patient

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Adresse:

Tel.-Nr.:

Email:

GKV

Privat

(Verdachts-)Diagnose:

akute Schmerzen

Schwellung

Trauma

Betroffener Zahn:

Erwünschte Maßnahme(n)

Beratung/Zweitmeinung

WKB Erstbehandlung

WKB Revision

WSR

Traumabehandlung

Schmerzdiagnostik

Behandlung im Studentenkurs möglich/erwünscht

Patient ist über Zuzahlung aufgeklärt

Bisherige Behandlung

Besonderheiten/Probleme:

Bitte um vorherige telefonische Rücksprache unter Tel.-Nr.:

Patient wünscht Kontaktaufnahme unter folgender Tel.-Nr.:

Röntgenaufnahmen: werden zugesandt (bevorzugt)

Pat. bringt Aufnahmen mit