

Endo-Überweisung

▶ Datum _____

Praxiszentrum für Zahnmedizin

team DENTALIS



▶ **Patient:** Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Hausnr. _____ PLZ / Wohnort _____

Tel. privat _____ Tel. Büro _____ E-Mail _____

▶ **Versicherung:** gesetzlich privat, Versicherungsgesellschaft _____

▶ **medizinische Anamnese:** _____

▶ **betroffene(r) Zahn / Zähne:** _____

▶ **10,- Euro Praxisgebühr wurden entrichtet:** nein ja, am _____

Pulpitis Nekrose Akute apikale Parodontitis Wurzelbehandlungsrevision

▶ **Überweisung zur endodontischen Behandlung:**

Beratung Erstbehandlung Revision WSR mit retr. WF bitte um vorherige telefonische Rücksprache mit

Anlagen (Röntgenbild, Pa-status, etc.) _____ Überweiser nach Erstbefund

▶ **Stiftaufbau erwünscht:** ja nein

Sonstiges _____

▶ **Überweisender Arzt** _____ Tel. _____

Neuburger Str. 30
86167 Augsburg

Tel.: 0821-72 10 17
Fax: 0821-71 29 69

www.team-dentalis.de
info@team-dentalis.de

