

# Überweisung zur endodontischen Behandlung

## Patient

Name

Geburtsdatum

Vorname

Telefon

Straße/Nummer

Mobil

PLZ/Ort

Mail

Bisherige Behandlung

Besonderheiten

Beratung

WK-Revision

WK-Erstbehandlung

Bitte um telefonische Rücksprache nach Befundung

Ein keimdichter, adhäsiver Verschluss der Zugangsaktivität wird zum Behandlungsabschluss durchgeführt. Wünschen Sie gegebenenfalls zusätzlich den Aufbau mit einem Glasfaserstift?

Ja

Nein

Röntgenbilder

werden dem Patienten mitgegeben

liegen nicht vor

folgen per Mail an uns

Bitte weisen Sie Ihre Patienten darauf hin, dass im Rahmen einer hochwertigen Behandlung Leistungen anfallen können, die nicht von der Pflichtversicherung gedeckt sind.

Stempel der überweisenden Praxis

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

## Zahnärzte

**Dr. Johannes Thom**

Zahnarzt

Endodontie

Implantologie Chirurgie

**Dr. Radoslava**

**Konstantinova**

Zahnärztin

Endodontie

Kinderzahnheilkunde

Tel 0721 375 709

Fax 0721 937 6279

info@manufaktur-z.de

www.manufaktur-z.de