

Endo-Überweisung

Zahnarztpraxis Slawik + Duwenhögger
Steubenstr. 50
69121 Heidelberg

Stempel und Unterschrift des Überweisers

Datum

Patient:

Name:	Tel. privat:
Vorname:	Fax:
Geburtsdatum:	Mobil:
Versicherung:	Tel. gesch.:
Straße, Nr:	Mail:
PLZ, Wohnort:	

Überweisung zur endodontologischen Behandlung:

Medizinische Anamnese:
Betroffener Zahn/Zähne:

Beratung	WB-Erstbehandlung
WB-Revision	WSR mit retrog. WF
Sonstiges	

Bitte um vorherige telefonisch Rücksprache mit dem Überweiser
Vorbehandlung:

Stiftaufbau erwünscht?	Nein	Glasfaser	Zirkon	Titan
Platz für Stiftaufbau lassen				

Bitte mit dem Patienten zur Terminvergabe Kontakt aufnehmen
Sonstiges:

Für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen sowie für das entgegengebrachte Vertrauen möchte ich mich herzlich bedanken.
Nach dem Eingang der notwendigen Unterlagen und Röntgenbilder werden wir dem Patienten einen Kostenvoranschlag für die geplante Behandlung zuschicken.