

Überweisung zur endodontischen Behandlung

Angaben zum Patienten

Name

Vorname

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Überweisender Zahnarzt

Name

Vorname

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Informationen zur Behandlung

Überweisungsauftrag

Betroffene(r) Zahn/Zähne

Vorbehandlung

Sonstige Hinweise

- Ich erbitte eine telefonische Rücksprache
- Zur Terminvergabe bitte Kontakt mit dem Patienten aufnehmen

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Überweisenden

Wir bedanken uns für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen sowie für das entgegengebrachte Vertrauen. Nach Eingang der Unterlagen und Röntgenbilder sowie einem persönlichen Beratungstermin werden wir dem Patienten einen Kostenvorschlag für die geplante Behandlung zusenden.