

Überweisender Zahnarzt  
Stempel

Telefon.....  
Fax.....  
Mobil.....  
E-Mail.....

Datum .....

**Überweisung zur endodontischen Behandlung des Patienten:**

Name: ..... Tel. Privat .....

Vorname: ..... Fax Privat .....

Geburtsdatum: ..... Mobil .....

Strasse, Nr.: ..... Tel. geschäftl. ....

PLZ, Ort: ..... Fax geschäftl. ....

e-mail:.....

**Medizinische Anamnese:** .....

**Zahnärztliche Anamnese :** .....

Euro 10,- Praxisgebühr wurden entrichtet: ja  nein  am .....

- Pulpitis
- Akute apikale Parodontitis
- Nekrose
- Wurzelbehandlungsrevision

Sonstiges: .....

- Kronenaufbau erwünscht
- Post space erwünscht

Anlagen: Röntgenbild und Parodontalbefund des betroffenen Zahnes

Für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen sowie für das entgegengebrachte Vertrauen möchten wir herzlich danken und versichern, dass wir alles tun werden, um eine optimale endodontische Behandlung des überwiesenen Patienten zu erreichen.