

ÜBERWEISUNGSFORMULAR ENDODONTIE

An
ZAHNÄRZTE MARKT 1
Dr. Isabelle Rathje
Markt 1
23552 Lübeck

Ihr Praxisstempel

PRAXISANGABEN

Name: _____
Behandler: _____
Adresse: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Telefax: _____ E-Mail: _____

PATIENTENANGABEN

Name, Vorname: _____
Adresse: _____
Telefon (privat): _____ Telefon (dienstl.): _____
Krankenkasse: _____ Geb.-datum: _____

PATIENTENANGABEN

Endodontische Therapie regio: _____

- Orthograde mikroskopische Wurzelkanalbehandlung
- Orthograde mikroskopische Revision
- Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion
- Perforationsdeckung
- Entfernung frakturierter Instrumente
- Diagnostik / Beratung

ANHANG

- Röntgenaufnahmen
- CT-Aufnahmen
- DVT-Aufnahmen
- Parodontalstatus
- Sonstiges: _____

BEMERKUNGEN

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und verbleiben mit freundlichen Grüßen!
Ihre Praxis Zahnärzte Markt 1