

Überweisung zur endodontologischen Diagnostik und Behandlung

Vorname

Nachname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

Versicherung: Privat Gesetzlich Zusatzversichert

Zahn:

Gewünschte Therapie:

- WKB Revision Revision eines resizierten Zahnes
 Perforationsdeckung Trauma und Spätfolgen
 Fragmententfernung (bitte Instrumentenname angeben, wenn möglich)
 Schmerzdiagnostik bei unklaren Beschwerden

Erfolgte Vorbehandlung:

Sonstiges/Besonderheiten:

- Röntgenbilder vorhanden?** Ja Nein
 Zahnfilm OPG DVT (bitte Viewer und DICOM)
 Werden per Mail verschickt Sind dem Patienten ausgehändigt worden

Wichtige Patienten-Information:
Bitte füllen Sie vor Ihrem
Besuch unbedingt unseren
Gesundheitsfragebogen aus. [↗](#)



Stempel