

ENDO-ÜBERWEISUNG

Angaben zum Patienten

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Überweisender Zahnarzt

Name _____

Vorname _____

Telefon _____

Datum _____

Überweisung zur endodontischen Behandlung

Betroffener Zahn/Zähne _____

Vorbehandlung _____

Überweisungsauftrag _____

Sonstige Hinweise

- erbitte vorherige telefonische Rücksprache
- zur Terminvergabe bitte Kontakt mit dem Patienten aufnehmen

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 Kostenvoranschlag für die geplante Behandlung zusenden. Mit freundlichen Grüßen, das Praxisteam **endo¹⁴⁷**