

PATIENTENDATEN

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

ÜBERWEISERPRAXIS

Datum _____

Stempel _____

Unterschrift _____

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

WIR BITTEN UM FOLGENDE ENDODONTISCHE BEHANDLUNG:

- ERSTBEHANDLUNG _____
- REVISION _____

In Verbindung mit:

- Stiftentfernung _____
- Fragmententfernung _____
- Perforationsdeckung _____

- TRAUMA
- Zahn/Zähne _____
- Zeitpunkt _____

SCHMERZBEHANDLUNG _____

MIKROSKOPUNTERSTÜTZTE DIAGNOSTIK _____

RADIOLOGISCHE 3D-DIAGNOSTIK _____

INTERNES BLEACHING _____

AKTUELLE RÖNTGENBILDER LIEGEN VOR Ja Nein

WENN JA: Zahnfilm OPMG DVT

WEITERE ANGABEN FÜGEN WIR BEI, SENDEN WIR PER MAIL

TELEFONISCHE RÜCKSPRACHE ERWÜNSCHT

ARZTBRIEF per Post per E-Mail