



Überweisung zur endodontischen Behandlung

An:

Zahnarztpraxis Eppendorfer Baum
Dr. Mohr und Kollegen
Eppendorfer Baum 35-37
20249 Hamburg
Tel. 040 / 480 18 10
Fax. 040 / 480 18 29
zahnarztpraxis-eppendorferbaum.de

Überweisende/r ZÄ/ZA:

Praxisstempel & Unterschrift

Datum: _____**Patientenangaben:**

Name:	Vorname:	Geb.dat.:
Adresse:		
Tel.:	Mobil:	

Zahn/Zähne: _____**Überweisung zur:**

- Beratung
- Diagnostik und Schmerzbehandlung
- Orthograde mikroskopische Wurzelkanalbehandlung
- Orthograde mikroskopische Revision
- Perforationsdeckung
- Entfernung frakturierter Instrumente
- Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion
- Sonstiges: _____

Zahnärztliche Anamnese und bisherige Behandlung:

Anlagen:

- Röntgenbild/er
- _____

Postendodontische Versorgung:

- Composite
- Glas/Quarzfaserstift-Aufbau

Wir bedanken uns herzlich für das entgegengebrachte Vertrauen und verbleiben mit freundlichen Grüßen!

Zahnarztpraxis Eppendorfer Baum