



Datum

KLAUS LAUTERBACH
RHEIN-NECKAR-ENDODONTIE

Stempel und Unterschrift des Überweisers

www.rhein-neckar-endodontie.de
mail@rhein-neckar-endodontie.de

PATIENT

Name

Telefon (privat)

Vorname

Telefon (tagsüber)

Geburtstag

Telefon (mobil)

Straße, Nr

Fax

PLZ, Ort

E-Mail

versichert bei (Krankenkasse)

gesetzlich privat

ÜBERWEISUNG ZUR ENDODONTISCHEN BEHANDLUNG

Medizinische Anamnese

Betroffener Zahn / Zähne

Beratung WK-Behandlung WK-Revision

Bitte um telefonische Rücksprache mit Überweiser nach Erstbefund

Stiftaufbau (→ Glasfaserstift) erwünscht? Nein Ja

Soll unsere Praxis mit dem Patienten zwecks Terminvergabe Kontakt aufnehmen?
Ja Nein, wir werden den Patienten bitten, sich in Ihrer Praxis zu melden

Bemerkungen