

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Überweisers

WURZELKANALBEHANDLUNGEN

Rhein-Neckar-Endodontie



Patient

Name	Vorname	geb.
Anschrift	Straße, Nr. PLZ	Ort Tel.
	Mobil	E-Mail Fax
Krankenkasse / Versicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat

Überweisung zur endodontischen Behandlung

Befund	
Zahn/Zähne	
Endodontische Primärbehandlung	<input type="checkbox"/>
Endodontische Revisionsbehandlung	<input type="checkbox"/>
Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion	<input type="checkbox"/>
Fragmententfernung mit endodontischer Behandlung	<input type="checkbox"/>
Perforationsverschluss	<input type="checkbox"/>
Bitte um telefonische Rücksprache mit Überweiser nach Erstbefund	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stiftaufbau (-> Glasfaserstift) erwünscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bemerkungen