

ÜBERWEISUNGSFORMULAR ENDODONTIE



www.zm1.de

An
ZAHNÄRZTE MARKT 1
Dr. Isabelle Rathje
Markt 1
23552 Lübeck

PRAXISANGABEN

Name: _____
Behandler: _____
Adresse: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Telefax: _____ E-Mail: _____

Ihr Praxisstempel

PATIENTENANGABEN

Name, Vorname: _____
Adresse: _____
Telefon (privat): _____ Telefon (dienstl.): _____
Krankenkasse: _____ Geb.-datum: _____

ANHANG

- Röntgenaufnahmen CT-Aufnahmen
 DVT-Aufnahmen Parodontalstatus
 Sonstiges: _____

PATIENTENANGABEN

Endodontische Therapie regio: _____

BEMERKUNGEN

- Orthograde mikroskopische Wurzelkanalbehandlung
 Orthograde mikroskopische Revision
 Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion
 Perforationsdeckung
 Entfernung frakturierter Instrumente
 Diagnostik / Beratung

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und verbleiben mit freundlichen Grüßen!
Ihre Praxis Zahnärzte Markt 1