

Praxis am Kureck

z. Hd. _____

Wilhelmstr. 7
65185 Wiesbaden

Stempel und Unterschrift des Überweisers

Datum: _____

Patient

Name: _____	Tel.privat: _____
Vorname: _____	Fax: _____
Geb.datum: _____	Mobil: _____
Versicherung: _____	Tel. gesch.: _____
Straße, Nr.: _____	Mail: _____
PLZ, Wohnort: _____	

Überweisung zur endodontologischen Behandlung:

Medizinische Anamnese: _____

Betroffener Zahn/Zähne: _____

Beratung	<input type="checkbox"/>	WB-Erstbehandlung	<input type="checkbox"/>
WB-Revision	<input type="checkbox"/>	WSR mit retrog. WF	<input type="checkbox"/>

Bitte um vorherige telefonische Rücksprache mit dem Überweiser

Vorbehandlung: _____

Bitte mit dem Patienten zur Terminvergabe Kontakt aufnehmen

Sonstiges: _____

Für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen, sowie das entgegengebrachte Vertrauen bedanken wir uns herzlich. Nach dem Eingang der Unterlagen und Röntgenbilder werden wir dem Patienten einen Behandlungsplan und Kostenvoranschlag für die Behandlung zusenden.

Nach der endodontologischen Behandlung überweisen wir den Patienten direkt zu Ihnen zurück.
Mit kollegialen Grüßen,