



PATIENTENÜBERWEISUNG

zur endodontischen Behandlung

Datum:

Patient:.....

Geburtsdatum:.....Zahn:.....

Mit der Bitte um:

- Wurzelkanalbehandlung und -Füllung
- Revisionsbehandlung
- Instrument-Fragment entfernen: Kanal.....
- Stift entfernen: Kanal.....
- Perforationsdeckung MTA / Biokeramik
- DVT / Fokussuche
- Sonstiges:
-
- Anmerkungen:

Praxis für Zahnheilkunde
Überweisender Zahnarzt:
(evtl. Praxisstempel)

Dr. med. dent. René C. Schiopu Ph.D • Dr. med dent. Jean-Laurent Risterucci • Dr. med. dent. Martina Friedrich

Friedenstr 19a 82110 Germering • Tel: 089-841 88 98 Fax: 089-840 33 51 • info@zahnarzt-germering.de www.zahnarzt-germering.de