

ÜBERWEISUNG

PATIENT

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Versicherung: Kasse mit Zusatzversicherung

Beihilfe Privat Basistarif

GEWÜNSCHTE BEHANDLUNG

Orthograde mikroskopische Erstbehandlung

Orthograde mikroskopische Revision

Orthograde mikroskopische Revision nach WSR

Entfernung frakturierter Instrumente

Entfernung von Stiften (gegossen/geschraubt)

Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion

Zahntrauma

Sonstiges: _____

ÜBERWEISENDER ARZT/PRAXIS

Praxisstempel

Datum _____ Unterschrift _____

ZU THERAPIERENDE ZÄHNE

ANHANG

OPG

Einzelzahnaufnahme

DVT

VORGESCHICHTE / BEMERKUNGEN
