

Rückfragen unter
Tel.: +49 (0) 69 977 769 8-0

Formular bitte einsenden
- mit Fensterumschlag per Post
- per Fax an +49 (0) 69 977 769 8-15
- per E-Mail an info@endopur.de



Datum _____
Patient _____

ENDOPUR

z. Hd. _____

Barckhausstr. 1
60325 Frankfurt/Main

Stempel und Unterschrift des Überweisers

PATIENT:

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

ÜBERWEISUNG ZUR ENDODONTOLOGISCHEN DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG

Medizinische Anamnese: _____

Betroffener Zahn/Zähne: _____

- Beratung WB-Erstbehandlung WB-Revision WSR mit retrog. WF
- Trauma-Behandlung Schmerzdiagnostik
- Diagnostik von Zahn- und Kieferschmerzen im Bereich: _____
- Bitte um vorherige telefonische Rücksprache mit dem Überweiser Bitte mit dem Patienten zur Terminvergabe Kontakt aufnehmen

Vorbehandlung: _____

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,
EndoPur – Praxis-Klinik für Endodontologie, endodontologische Chirurgie und dentale Traumatologie