

Datum \_\_\_\_\_

Patient \_\_\_\_\_

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

**ENDO  
PUR**

ENDOPUR

z. Hd. \_\_\_\_\_

Barckhausstr. 1  
60325 Frankfurt/Main

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Überweisers

**PATIENT:**

Name \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Geb.datum \_\_\_\_\_

Mobiltel. \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_

Tel. geschäftl. \_\_\_\_\_

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.  Patient meldet sich bei Ihnen.  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 Eingang der Unterlagen und erfolgter klinischer Diagnostik senden wir dem Patienten einen Heil- und Kostenplan zu.  
Nach erfolgter Behandlung überweisen wir Ihnen den Patienten sofort zurück.

Mit kollegialen Grüßen

EndoPur – Praxisklinik für Endodontologie, endodontologische Chirurgie und dentale Traumatologie