

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