

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 _____

An ENDOPUR

z. Hd. _____

Barckhausstr. 1
60325 Frankfurt/Main

Stempel und Unterschrift des Überweisers

PATIENT

<p>Herr/Frau _____ Nachname _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Geburtsdatum _____</p> <p>Versicherung _____</p> <p>Straße, Nr. _____</p> <p>PLZ, Wohnort _____</p>	<p>ERREICHBARKEIT</p> <p>Tel. privat _____</p> <p>Mobiltel. _____</p> <p>Tel. geschäftl. _____</p> <p>E-Mail _____</p> <p>Bemerkungen zur Erreichbarkeit _____</p>
---	---

ÜBERWEISUNG ZUR ENDODONTOLOGISCHEN DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG

Medizinische Anamnese: _____

Betroffener Zahn/Zähne: _____

- Beratung
- Trauma-Behandlung
- Diagnostik von Zahn- und Kieferschmerzen im Bereich: _____
- WB-Erstbehandlung
- Schmerzdiagnostik

Digitales Volumentomogramm

- Kleines Volumen für konkrete Fragestellung
- Großes Volumen für komplexe Indikationen und guided Implantology
- großes Volumen und Screening zur Focus-Suche

Kommunikation

- 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