

Dr. med. dent. Stefan Lorenz

Tal 14

80331 München

Tel.: 089 / 23 23 27 66

Fax: 089 / 23 23 27 67

info@endodontie-marienplatz.de

www.endodontie-marienplatz.de

## ÜBERWEISUNG ZUR WURZELKANALBEHANDLUNG

### Patient

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon

### Grund der Überweisung

Zahn: \_\_\_\_\_

- Endodontische Erstbehandlung
- Revisionsbehandlung
- Revisionsbehandlung mit Stiftentfernung
- Revisionsbehandlung mit Fragmententfernung
- Revisionsbehandlung mit Perforationsverschluss
- Revisionsbehandlung eines resezierten Zahnes

Soll postendodontisch ein Glasfaserstift gesetzt werden?

- Ja       Nein

Den Behandlungsbericht möchte ich

- per Mail     per Brief erhalten.

Möchten Sie, dass wir Sie vor Behandlungsbeginn telefonisch kontaktieren?

- Ja       Nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Überweisende Praxis / Praxisstempel