



Zahnarztpraxis Dr. Drefs
SPEZIALIST FÜR ENDODONTIE

Überweisung zu einer endodontischen Behandlung

Zahnarztpraxis Dr. Michael Drefs ☞ Spezialist für Endodontologie ☞ Zum Bahnhof 21 ☞ 19053 Schwerin

Patient

Name: _____ Tel.: _____

Vorname: _____ Fax: _____

Geburtstag: _____ Mobil: _____

Straße, Nr: _____ E-Mail: _____

PLZ, Ort: _____

Ich bitte um endodontische Behandlung des Zahnes / der Zähne:

Bisherige Behandlung: _____

Spezielle Gegebenheiten: offener Apex Instrumentenfraktur Revision Perforation

Bitte um Rücksprache nach der Erstvorstellung und vor Übernahme der Behandlung

Soll Stift gesetzt werden? nein Glasfaserstift konfekt. Metallstift nach Rücksprache

Bisher angefertigte Röntgenbilder

liegen nicht vor wurden bereits per Mail versendet wurden vom Patienten mitgegeben

Datum

Name und Praxis des Überweisers