



Zahnarztpraxis Dr. Drefs  
SPEZIALIST FÜR ENDODONTIE

Überweisung zu einer endodontischen Behandlung

Zahnarztpraxis Dr. Michael Drefs ☺ Spezialist für Endodontie ☺ 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 dem Patienten mitgegeben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name und Praxis des Überweisers / Unterschrift