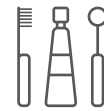


Überweisung Endodontie

Um einen möglichst unkomplizierten Ablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie Ihren Patienten eine Überweisung und alle nötigen Unterlagen mitzugeben.

Nach durchgeführter Therapie senden wir Ihnen die Abschlussbefunde zu und überweisen Ihren Patienten zurück.

Mit dieser Überweisung stimmen Sie einer röntgenologischen Nachkontrolle des Behandlungsergebnisses zu.



M+A GÖBBELS
Zahnarztpraxis

Zahnarztpraxis

Dr. Maik Göbbels + Andrea Göbbels M.Sc.

📍 Fischerstraße 4, 02977 Hoyerswerda

☎ Tel.: 03571 - 40 41 47

✉ empfang@zahnarztpraxis-goebbels.de

🌐 www.zahnarztpraxis-goebbels.de



Bitte entsprechend ankreuzen, bzw. ausfüllen.

Patient: <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Kind	Name Vorname
Wenn Kind:	Name, Vorname des Erziehungsberechtigten
Röntgenunterlagen:	<input type="radio"/> beiliegend <input type="radio"/> dem Patienten mitgegeben <input type="radio"/> via E-Mail <input type="radio"/> keine vorhanden

zur Beratung

Beratung mit folgender Fragestellung:

.....

.....

.....

.....

Endodontie

<input type="radio"/> Wurzelkanalbehandlung	an Zahn:
<input type="radio"/> Revision	an Zahn:
<input type="radio"/> Fragmententfernung	an Zahn:
<input type="radio"/> Zustand nach WSR	an Zahn:
<input type="radio"/> Zustand nach Trauma / unvollständiges Wurzelwachstum	an Zahn:
<input type="radio"/> Erhalt mit allen Mitteln	an Zahn:
<input type="radio"/> Sonstiges:

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
Praxisstempel