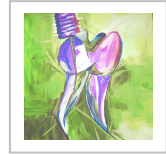


FORMULAR BITTE SENDEN:

- per Post
- per Fax: 030 / 25928275
- per Online-Formular auf der Webseite unter: www.endo-web.de



Dr. Oliver Pommer
Zahnarztpraxis für Endodontologie
Linkstr. 6
10785 Berlin

Stempel und Unterschrift des Überweisers

Überweisung zur endodontischen Therapie

Patient

Name: Vorname:

Geb. Datum: Versicherung:

Telefonnummer: Mobil:

- Bitte um vorherige telefonische Rücksprache Bitte mit dem Patienten zur Terminvergabe Kontakt aufnehmen

Überweisung zur endodontischen Therapie

Zahn: Diagnose: Vorbehandlung:

Bemerkung:

- Therapiewunsch: Beratung WKB WF-Revision
 Fragmententfernung Perforationsdeckung
 provisorischer Verschluss Aufbau / Stiftsetzung

- Unterlagen / Röntgenbilder: werden dem Patienten mitgegeben sind beigelegt
 werden per Mail gesendet liegen nicht vor

- Nach abgeschlossener Behandlung senden wir Ihnen einen Behandlungsbericht und die angefertigten Röntgenbilder zu. Auf Wunsch: per Brief dem Patienten aushändigen
 per Mail sonstiges

Für Rückfragen stehen wir gerne unter Tel.: 030 / 25928276 oder info@endo-web.de zur Verfügung.
Nach der Therapie überweisen wir den Patienten direkt an Sie zurück.
Für das entgegengebrachte Vertrauen möchten wir uns herzlich bedanken!