



Dr. med. dent. MSc. MSc.

Costin Baumgärtel
Zahnarzt

Überweisung zu einer endodontischen Behandlung

Adresse der überweisenden Praxis

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Patientendaten:

Name:

Tel. privat:

Vorname:

Tel. geschäftlich:

Geb. Datum:

Tel. mobil:

Straße, Nr.:

Fax:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Krankenversicherung gesetzlich privat privat mit Standard-/Basistarif Beihilfe

Name der Versicherung _____

Überweisungsauftrag ENDO:

Zahn/
Zähne

- Erstbehandlung Weiterbehandlung Revision Zähne
 mikroskopische intrakoronale und intrakanaläre Diagnostik mit Prüfung der
Zahnerhaltungsfähigkeit, -würdigkeit

Initialbehandlung durchgeführt ja nein

Akute Schmerzproblematik ja nein seit Initialbehandlung weg

Medikamentöse Einlage mit _____ seit _____

Besonderheiten/bekannte Schwierigkeiten _____

Überweiserseitige Wünsche: _____

- Wir bitten um Rücksprache nach einer Erstuntersuchung
 Nehmen Sie mit dem Patienten Kontakt auf zur Terminvereinbarung
 Patient wird sich zur Terminvergabe bei Ihnen melden

Anlagen: Röntgen _____ _____

Koomansstr. 2
57078 Siegen-Geisweid
Tel.: 0271 / 811 67

kontakt@zahnarzt-cb.de
zahnarzt-siegen-geisweid.de
 zahnaerzte.siegen