



ÜBERWEISUNG ENDODONTIE

Datum _____

Patient _____

Zahnärzte-Odenwald

z. Hd. _____

Beerfurther Str. 12
64385 Reichelsheim

Rückfragen unter
Tel.: 0 61 64 544 95
Formular bitte einsenden
- mit Fensterumschlag per Post
- per Fax an 0 61 64 544 97
- per E-Mail an: info@zahnaerzte-odenwald.de

Stempel und Unterschrift des Überweisers

PATIENT:

Name _____ Tel. privat _____

Vorname _____ Fax _____

Geb. datum _____ Mobiltel. _____

Versicherung _____ Tel. geschäftl. _____

Straße, Nr. _____ Mail _____

PLZ, Wohnort _____

ÜBERWEISUNG ZUR ENDODONTOLOGISCHEN DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG

Medizinische Anamnese: _____

Betroffener Zahn/Zähne: _____

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> WB-Erstbehandlung | <input type="checkbox"/> WB-Revision |
| <input type="checkbox"/> Trauma-Behandlung | <input type="checkbox"/> Schmerzdiagnostik | |
| <input type="checkbox"/> Bitte um vorherige telefonische Rücksprache mit dem Überweiser | <input type="checkbox"/> Patient meldet sich bei Ihnen | |
| <input type="checkbox"/> Vorhandene Röntgenbilder werden zur Verfügung gestellt | | |

Vorbehandlung: _____

Sonstiges: _____

Für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen sowie das entgegengebrachte Vertrauen bedanken wir uns herzlich.
Nach Eingang der Unterlagen und erfolgter klinischer Diagnostik senden wir dem Patienten einen Heil- Kostenplan zu.
Nach erfolgter Behandlung überweisen wir Ihnen den Patienten selbstver sofort zurück.

Mit kollegialen Grüßen
Zahnärzte-Odenwald

