

ÜBERWEISUNGSSCHEIN

Name des Patients

Geburtsdatum des Patients

Gewünschte endodontische Therapie

Wurzelbehandlung der Zähne

Erstbehandlung

- Revision
- WSR
- Implantatberatung
- Extraktion bei Nicht-erhaltungswürdigkeit

- Akute Schmerzen?
- Antibiotika?
Wenn ja, welches?, seit wann?

- Neuer ZE geplant?

Stempel / Unterschrift des Arztes, Datum

Aktuelle Röntgenbilder bitte per Mail an reinhold@endo-lindenpassage.de oder dem Patienten mitgeben.



ENDODONTIE
LINDENPASSAGE
FALK REINHOLD M.S.C.

FALK REINHOLD MSC
Praxis für Endodontie & Zahnerhaltung
Lindenstraße 11
15230 Frankfurt (Oder)

KONTAKT
Tel.: +49 335 500 864 80
Fax: +49 335 500 864 81
Mail: reinhold@endo-lindenpassage.de