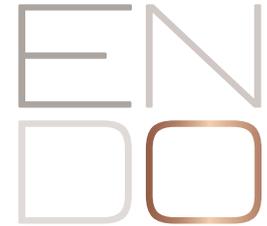


Überweisung zur endodontischen Behandlung



SPEZIALIST
B I E L E F E L D

Valentin Parusel
Zahnarzt

Kiskerstr. 19 · 33615 Bielefeld
T. 0521 17 18 77
info@endospezialist-bielefeld.de
www.endospezialist-bielefeld.de

Patient/in
Name, Vorname Geb. am

Führen Sie bitte folgenden endodontischen Überweisungsauftrag aus:

- Abklärung** Zahnerhalt möglich? Zahn _____
- Beratung** inklusive Kostenplan Zahn _____
- Behandlung** Mikroskop gestützt Zahn _____
- Revision** Mikroskop gestützt Zahn _____
- Stift-** bzw. **Instrument-Entfernung** (Kanal/Typ/ISO?) Zahn _____
- Sonstiges** _____

Überweisender Zahnarzt:

Aktuelle Röntgenbilder

- liegen nicht vor werden mitgegeben
- werden gemailt werden geschickt

Den **Arztbrief** möchte ich

- per Post
- per E-Mail _____



Stempel und Unterschrift