



Zentrum für Zahnheilkunde

Im Stockborn 14

63505 Langenselbold

## Endo-Überweisung

Zentrum für Zahnheilkunde  
Dr. Kim Voigt  
Im Stockborn 14  
63505 Langenselbold

06184-7750

Stempel des Überweisers

Datum: \_\_\_\_\_

### Patient:

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Überweisung zur endodontischen Behandlung:

Medizinische Anamnese: \_\_\_\_\_

Betroffene(r) Zahn/Zähne: \_\_\_\_\_

Beratung

Wurzelbehandlung-Revision

WB-Erstbehandlung

WSR mit retrograder WF

Chirurgische Kronenverlängerung

Bitte um vorherige Rücksprache

Vorbehandlung: \_\_\_\_\_

Stiftaufbau erwünscht?  nein  Titan  Glasfaser  Zirkon

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Abschließender Arztbrief und Röntgenbilder:  ausgedruckt  per e-mail an:

@ \_\_\_\_\_

Vor jeder Behandlung steht ein kurzes Informationsgespräch in unserer Praxis. Sie können dem Patienten die Röntgenbilder und das Überweisungsformular dazu mitgeben. Im Anschluss daran erstellen wir eine Kostenschätzung für Ihren Patienten und vereinbaren individuelle Termine.

Für das entgegengebrachte Vertrauen möchte ich mich herzlich bedanken.

Ihre Dr. Kim Voigt