

ÜBERWEISUNG ZUR ENDODONTISCHEN BEHANDLUNG

DR. ALEXANDER KRAUSE *MSc Endodontie*
LINDENSTRASSE 4, 32120 HIDDENHAUSEN

PATIENT

Name: Tel.privat:
Vorname: Tel. dienstlich:
Geb.-datum: Mobil:
Straße, Nr.: Email:
PLZ, Wohnort:

Endodontische Behandlung des Zahnes/der Zähne:

PATIENTSYMPTOMATIK

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Dauerschmerzen | <input type="radio"/> Schwellung |
| <input type="radio"/> Aufbissempfindlichkeit | <input type="radio"/> Abszess |
| <input type="radio"/> Zahnlockerung | <input type="radio"/> Fistel |

GEWÜNSCHTE BEHANDLUNG

- Endo-Beratung
- WK-Erstbehandlung
- Endo-Revision
- Glasfaserstift

Bisher erfolgte Behandlungen:
.....
.....
.....

RÖNTGENBILDER

- werden dem Patienten mitgegeben.
- folgen per Mail an info@krause-zahnarzt.de
- liegen nicht vor.
- werden mit der Post zugeschickt.

.....
Ort, Datum

.....
Überweiser