

# 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

- Dauerschmerzen
- Schwellung
- Aufbissempfindlichkeit
- Abszess
- Zahnlockerung
- 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](mailto:info@krause-zahnarzt.de)
- liegen nicht vor.
- werden mit der Post zugeschickt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Überweiser