# ÜBERWEISUNG ZUR ENDODONTISCHEN BEHANDLUNG

**DR. ALEXANDER KRAUSE** *MSc Endodontie*
**OETINGHAUSER STRASSE 16, 32120 HIDDENHAUSEN**
**TELEFON: 05221.6908341**

## PATIENT

Name: ..... Tel.privat: .....

Vorname: ..... Tel. dienstlich: .....

Geb.-datum: ..... Mobil: .....

Straße, Nr.: ..... Email: .....

PLZ, Wohnort: .....

Endodontische Behandlung des Zahnes/der Zähne: .....

## PATIENTSYMPTOMATIK

- O Dauerschmerzen
- O Aufbissempfindlichkeit
- O Zahnlockerung
- O Schwellung
- O Abszess
- O Fistel

## GEWÜNSCHTE BEHANDLUNG

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

Bisher erfolgte Behandlungen: .....

.....

.....

.....

## RÖNTGENBILDER

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

..... .....

Ort, Datum Überweiser