

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Patientenangaben:

Name:

Vorname:

geb.:

Telefon:

E-Mail:

Endodontische Therapie:

Zahn:

- Orthograde mikroskopische Wurzelkanalbehandlung
- Orthograde mikroskopische Revision
- Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion
- Perforationsdeckung
- Entfernung frakturierter Instrumente
- Diagnostik

Bemerkungen:

Anhang:

- Röntgenaufnahmen
- Parodontalstatus
- CT-Aufnahmen
- CT/OP-Schablone
- Sonstiges:

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und verbleiben mit besten kollegialen Grüßen!