

Dr.-medic stom. Valentin Barber

Staufenstr. 4 *** 60323 Frankfurt *** TEL/FAX 069/174487

Tätigkeitsschwerpunkt ENDODONTIE (Zahnerhaltung)

Überweisender Zahnarzt
Stempel

Telefon.....
Fax.....
Mobil.....
E-Mail.....

Datum

Überweisung zur endodontischen Behandlung des Patienten:

Name: Tel. Privat

Vorname: Fax Privat

Geburtsdatum: Mobil

Strasse, Nr.: Tel. geschäftl.

PLZ, Ort: Fax geschäftl.

e-mail:.....

Medizinische Anamnese:

Zahnärztliche Anamnese :

Die Angaben wurden entrichtet: ja nein am

- Pulpitis
- Akute apikale Parodontitis
- Nekrose
- Wurzelbehandlungsrevision

Sonstiges:

- Kronenaufbau erwünscht

Anlagen: Röntgenbild und Parodontalbefund des betroffenen Zahnes

Für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen sowie für das entgegengebrachte Vertrauen möchten wir herzlich danken und versichern, dass wir alles tun werden, um eine optimale endodontische Behandlung des überwiesenen Patienten zu erreichen.