

Überweisung für eine endodontische Behandlung

Praxisstempel der überweisenden Praxis und Unterschrift

Wir ersuchen um:

Endodontische Behandlung folgenden/r Zahnes/Zähne: _____

Frühere Behandlungen:

Datum	Zahn	Art der Behandlung

Gab es dabei Probleme? _____

Andere Anmerkungen _____

Röntgenbilder:

- Werden dem Patienten mitgegeben
- Liegen nicht vor
- Werden gemailt(an jr@endodontics.at)

Tel.: 01/982 03 11
Fax: 01/982 03 11-17

Danke für Ihre Überweisung!

Dr. Johann Reichsthaler