

## Überweisung zur endodontischen Behandlung

Praxis / Praxisstempel

### Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Krankenkasse

Übernahme der Behandlung von Zahn / Zähnen

- Erstbehandlung       Weiterbehandlung       Revisionsbehandlung
- mit Stifentfernung
- mit Fragmententfernung
- mit Perforationsverschluß
- nach der endodontischen Behandlung soll ein Glasfaserstift gesetzt werden
- Rückruf erwünscht

### Bemerkungen