

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