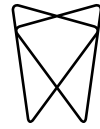


# ÜBERWEISUNGSBOGEN



ZAHNINSIGHTS

SEHR GEEHRTE KOLLEGIN, SEHR GEEHRTER KOLLEGE,

BITTE NUTZEN SIE FOLGENDEN BOGEN, UM UNS IHR ANLIEGEN MITZUTEILEN.

FÜR RÜCKFRAGEN STEHEN WIR IHNEN GERN TELEFONISCH UND PER MAIL ZUR VERFÜGUNG.

## ÜBERWEISENDE ZAHNARZTPRAXIS

PRAXIS \_\_\_\_\_

BEHANDLER \_\_\_\_\_

PRAXISANSCHRIFT \_\_\_\_\_

TELEFON \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

## PATIENT

NAME \_\_\_\_\_ VORNAME \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZUR ÜBERWEISUNG

GEWÜNSCHTE BEHANDLUNG/DIAGNOSTIK:

MIKROSKOPISCHE WURZELKANALBEHANDLUNG

APEXIFIKATION

TRAUMATOLOGIE

INTERNES BLEACHING

THERMOPLASTISCHE WURZELFÜLLUNG

REVISION

DVT DIAGNOSTIK

INTERNE RESORPTIONEN

REGENERATIVE ENDODONTIE:

SONSTIGES \_\_\_\_\_

REVASKULARISIERUNG

PERFORATIONSDECKUNG

MIT MTA UND BIODENTIN

VORHANDENE BILDGEBUNG \_\_\_\_\_

GEPLANTE THERAPIE \_\_\_\_\_

BISHERIGE THERAPIEN \_\_\_\_\_

BILDGEBUNGEN DER LETZTEN SECHS MONATE KÖNNEN DEM PATIENTEN MITGEGEBEN  
ODER UNS PER MAIL GESANDT WERDEN.

ÜBER DEN BEHANDLUNGSABLAUF INFORMIEREN WIR SIE GERN. MIT DER RÜCKÜBERWEISUNG NACH  
GEWÜNSCHTER THERAPIE, ERHALTEN SIE EINEN AUSFÜHRLICHEN BEHANDLUNGSBERICHT.

VIELEN DANK FÜR IHR VERTRAUEN!  
MIT KOLLEGIALEN GRÜßEN,  
IHR TEAM VON ZAHNINSIGHTS.