

Datum

Stempel des überweisenden Arztes

## PATIENT

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Ort

Festnetztelefon

Mobil

E-Mail

Krankenkasse/Versicherung:

privat  gesetzlich

Name der Krankenkasse:

## ÜBERWEISUNG ZUR BEHANDLUNG

Befund

Zahn/Zähne

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primärbehandlung       | <input type="checkbox"/> Revisionsbehandlung                              |
| <input type="checkbox"/> Wurzelspitzensektion   | <input type="checkbox"/> Fragmententfernung mit endodontischer Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Perforationsverschluss | <input type="checkbox"/> Stiftaufbau erwünscht                            |
| <input type="checkbox"/> Bitte um Rücksprache   |   |

Bemerkungen: