

Überweisung zur endodontischen Behandlung

Endodontie-Koblenz
Dr. Carsten Franke
Luisenstraße 2
56068 Koblenz

Fon: 0261-9738160
Fax: 0261 97381629
praxis@endodontie-koblenz.de



Überweisender Zahnarzt (Stempel, Unterschrift)

Patient/in:

Datum

Name	Tel. privat
Vorname	Tel. mobil
Geburtsdatum	Tel. dienstl.
Strasse, Nr.	Versicherung
PLZ, Wohnort	Kasse/Privat

Die Übermittlung der persönlichen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

Medizinische Anamnese

Betroffener Zahn/Zähne:

Beratung <input type="checkbox"/>	WB-Erstbehandlung <input type="checkbox"/>
WB-Revision <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/>

Falls bekannt: Vorhandene WF seit Zahnersatz seit

Bisherige Therapie bzw. Vorbehandlung

Besonderheiten/ Sonstiges:

Bitte mit Patient/in zur Terminvergabe Kontakt aufnehmen

Bitte um **vorherige telefonische Kontaktaufnahme** mit Überweiser/in

Patient/in wurde bereits über **Alternativen** zur endodontischen Therapie und eine ggf. zu erwartende **Eigenbeteiligung** informiert

Erforderliche Unterlagen: **Röntgenbilder** (Zahnfilme des Zahnes /der Zähne) **(bitte alle verfügbaren Röntgenbilder beifügen, gerne im Voraus per email)**

Für die Zusendung aller erforderlichen Unterlagen, sowie für das entgegengebrachte Vertrauen, bedanken wir uns herzlich. Wir versichern Ihnen, dass wir alles tun werden um eine optimale endodontische Behandlung des überwiesenen Patienten zu erreichen. Nach dem Eingang der Unterlagen erhält der Patient bei uns ausschließlich Termine zur gewünschten endodontischen Behandlung. Nach Behandlungsabschluss überweisen wir den Patienten an Sie zurück. Eine Behandlung über den Überweisungsauftrag hinaus erfolgt nicht.

Mit freundlichen Grüßen

Endodontie-Koblenz – Dr. Carsten Franke