



Überweisung für eine endodontische Behandlung

Praxis für Zahnerhaltung und Endodontie
Dr. Christian Friedrichs

Hansastraße 87
24118 Kiel

Patient: Name: _____ Tel.privat: _____
Vorname: _____ Fax _____
Geb.datum: _____ Mobil: _____
Versicherung: _____ Tel.gesch.: _____
Straße, Nr.: _____ Mail: _____
PLZ,Wohnort: _____

Bitte um:

Endodontische Behandlung des Zahn / der Zähne: _____

Bisherige Behandlung: _____

Datum: _____

Besonderheiten: _____

Röntgenbilder

- werden dem Patienten mitgegeben
- liegen nicht vor

Praxisstempel der überweisenden Praxis und Unterschrift