

Überweisung zur endodontischen Behandlung

Praxisstempel der überweisenden Praxis mit Unterschrift
Ort, Datum

Dr. med. dent. Uwe Liebscher
Tätigkeitsschwerpunkt Endodontie
Schillerstrasse 4
04109 Leipzig

Patient:

Name:	_____	Tel. privat:	_____
Vorname:	_____	Tel. Dienst:	_____
Geb.-Datum:	_____	Mobil:	_____
Straße, Nr.:	_____	E-Mail:	_____@_____
PLZ, Wohnort:	_____		

Endodontische Behandlung des Zahnes / der Zähne _____ gewünscht.

- Bisherige Behandlungen: _____

- Besonderheiten: _____
- Beratung WK – Erstbehandlung WK – Revision
- Ich bitte um telefonische Rücksprache nach der Befundung.

Ein keimdichter adhäsiver Verschluss der Zugangskavität wird zum Behandlungsabschluss durchgeführt!
Wünschen Sie ggf. zusätzlich den Aufbau mit einem Glasfaserstift?

- Ja Nein

Sollen wir uns mit dem Patienten wegen der Terminvereinbarung in Verbindung setzen?

- Ja Nein, der Patient wird sich selbst melden!

Röntgenbilder:

- werden dem Patienten mitgegeben
- liegen nicht vor
- folgen per E-Mail an info@dr-liebscher.de