

## ÜBERWEISUNG ZUR WURZELKANALBEHANDLUNG

### Patient

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Adresse

.....  
Telefon

### Grund der Überweisung

Zahn: .....

- Endodontische Erstbehandlung
- Revisionsbehandlung
- Stiftentfernung
- Fragmententfernung,
- Perforationsverschluss

Soll postendodontisch ein Glasfaserstift gesetzt werden?

- Ja             Nein

Den Behandlungsbericht möchte ich

- per E-Mail     per Brief erhalten.

Möchten Sie, dass wir Sie vor Behandlungsbeginn telefonisch kontaktieren?

- Ja             Nein

Bemerkungen: .....

.....

Für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen und das mir entgegengebrachte Vertrauen danke ich Ihnen herzlich.

Überweisende Praxis / Praxisstempel:

.....

Dr. Michael Gaissmaier

Prinz-Ludwig-Str. 17

86911 Diessen am Ammersee

+49 88 07 286 96 76

praxis@drgaissmaier.de

drgaissmaier.de

