

Überweisung zur endodontischen Behandlung

An

Dr. med. dent. Stefan Kreuz

Zahnarzt, TSP Endodontie/Wurzelkanalbehandlungen

Pfaffplatz 10, Eingang D, 3. OG

67655 Kaiserslautern

Patient: _____

Datum, Stempel und Unterschrift des Überweisers

Name: _____

Tel. privat: _____

Vorname: _____

Tel. geschäftl.: _____

Geb.datum: _____

Tel. mobil: _____

PLZ, Wohnort: _____

Straße, Nr.: _____

Krankenversicherung: () gesetzlich () privat _____

(Versicherungsgesellschaft)

Betroffene(r) Zahn / Zähne _____

Diagnose/n: _____

Besonderheiten _____

Medizinische Anamnese: _____

() Beratung () WB-Erstbehandlung () WB-Revision, orthograd

() Bitte um telefonische Rücksprache mit dem Überweiser nach Erstbefundung