

ÜBERWEISUNGS- FORMULAR



PATIENT

Name

Vorname

Telefon

Versicherung

Überweisende Praxis
(Stempel)

Zahn/Zähne/Regio

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

Röntgenunterlagen

- liegen vor
 - OPG
 - Einzelzahnfilm
 - DVT
- nein

Gewünschte Behandlung

- Erstbehandlung
- Revision
- Entfernung Stifte
- Entfernung frakturierter Instrumente
- Perforationsdeckung
- Zahntrauma
- Sonstiges: _____

Vorgeschichte

Sonstige Bemerkungen
