

PRAXIS FÜR
ZAHNHEILKUNDE

SCHWERPUNKT ENDODONTIE



Zahnarzt W. Isakowitsch

ÜBERWEISUNGSAUFTRAG

Patient _____

Hauszahnarzt _____

betroffener Zahn/Zähne _____

Überweisungsauftrag _____

Termin _____ um _____

Unterschrift _____

Anforderungen:

- WKB orthograd
- Revision, ortograd
- Fragmententfernung
- Verschleißung von Perforation
- Aufbau mit einem Glasfaserstift
- ohne abschließenden Aufbau

- Röntgenaufnahme nicht vorhanden
- Röntgenaufnahme bringt Patient mit
- Röntgenaufnahme wird per e-Mail zugesendet