



Überweisung zur mikroskopunterstützten endodontischen Behandlung

Zahnarztpraxis Dr. Christian Sieber
Bahnhofsplatz 3
97332 Volkach
Tel.: 09381 / 1313
Fax: 09381 / 802034
Email: post@zahnarzt-volkach.de
Internet: www.zahnarzt-volkach.de

Patientendaten:

Name, Vorname:		Geb. Datum:	
Straße, Hausnr.:			
PLZ, Wohnort:			
Tel. privat		Tel. geschäftl.:	
Email-Adresse:			

Name der Krankenkasse: _____

- privat privat Standard/Basis gesetzlich Zusatzversicherung

Zahn:

Diagnose, wenn möglich:

- Pulpitis Akute apikale Parodontitis Chronische apikale Parodontitis
 Nekrose Fistel Perforation

Art der gewünschten endodontischen Behandlung:

- Primärbehandlung Revision Stift-Entfernung
 Fragmententfernung Perforationsdeckung _____

Röntgenbilder:

- bringt Patient mit werden per Email verschickt
 werden per Post verschickt nicht vorhanden

Gewünschte postendodontische Versorgung:

- Provisorischer Verschluss Definitiver Verschluss
 Definitiver Stift Sonstiges: _____

Vielen Dank, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken!