



DentoDoc
Dr. Claudia Michl
Carl-Jordan-Str. 9
83059 Kolbermoor

Absender (Praxisstempel):

Fax (08031) 80 75 24

Überweisung Endodontie

Datum:

**Sehr geehrte Frau Kollegin Michl,
hier überweise ich Ihnen**

meine/n Patientin/en: _____ geb. am: _____
wohnhaft in: _____
Telefon: _____
Beruf/Arbeitgeber: _____
versichert bei: _____
GKV: _____ PKV: _____ mitversichert bei: _____

mit der Bitte um diagnostische Abklärung

- Schmerzdiagnostik (Differentialdiagnostik dentogener Schmerz vs. non-odontogener Zahnschmerz)
- Zahn _____
 - Wurzelkanalbehandlung
 - Revision
 - Fragmententfernung
 - Perforationsabdeckung
 - mikrochirurgische Endodontie
- Sonstiges:

mit der Bitte um therapiebegleitende Befundberichte und Rücküberweisung des/der Patienten/in nach Abschluss der Diagnostik/Therapie.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen