



Überweisungsbogen Endodontologie

An Herrn Dr. Philipp Bertram
Birker Str. 29, 42651 Solingen
Tel.: 0212-55400
Email: info@zahnarztpraxis-solingen.de

Bei Patient/in Herr/Frau _____, geb. am _____
Krankenkasse/Kostenträger _____

Bitte ich um (bitte ankreuzen):

- Abklärung/Beratung Erhaltungsmöglichkeit Zahn _____
- Wurzelkanalbehandlung an Zahn _____
- Revision Wurzelkanalbehandlung an Zahn _____
- Fragmententfernung im _____ Kanal an Zahn _____

- Akute Schmerzsymptomatik
- Behandlung vor ZE

Als postendodontische Versorgung bitte ich um:

- Keine
- Adhäsiver Aufbau
- Glasfaserstift + adhäsiver Aufbau

Anmerkungen: _____
