



# ÜBERWEISUNGSBOGEN ENDODONTOLOGIE

## AN HERRN DR. PHILIPP BERTRAM

Birkerstraße 29 | 42651 Solingen

**FON** 0212 55400

**MAIL** info@zahnarztpraxis-solingen.de

## PATIENT | PATIENTIN

Herr | Frau .....

geb. am .....

KK | Kostenträger .....

## MIT DER BITTE UM

- Abklärung | Beratung Erhaltungsmöglichkeit Zahn .....
- Wurzelkanalbehandlung an Zahn .....
- Revision Wurzelkanalbehandlung an Zahn .....
- Fragmententfernung im ..... Kanal an Zahn .....
- Behandlung aufgrund von aktueller Schmerzsymptomatik
- Behandlung vor ZE

## ALS POSTENDODONTISCHE VERSORGUNG EMPFEHLE ICH

- Keine
- Adhäsiver Aufbau
- Glasfaserstift + adhäsiver Aufbau

Anmerkungen:

.....

.....

.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Name, Unterschrift Zahnarzt

.....  
Praxisstempel

