

Dr. med. dent. Torsten Neuber
Spezialist für Endodontologie
Bischopinkstraße 24-26

48151 Münster

Endo-Überweisung

Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Überweisers

Patient:

Patient (Name/Vorname) Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Nummer) Plz Ort

Telefon Privat Telefon Geschäft Telefon Mobil E-Mail

Krankenkasse

Überweisung zur endodontonischen Behandlung:

Medizinische Anamnese:

Betroffener Zahn / Zähne:

Beratung WK-Erstbehandlung WK-Revision WSR mit retrog. WF

Vorbehandlung

Sonstiges:

Bitte um vorherige telefonische Rücksprache mit dem Überweiser

Bitte mit dem Patienten zur Terminvergabe Kontakt aufnehmen

Für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen sowie für das entgegengebrachte Vertrauen möchte ich mich herzlich bedanken. Nach dem Eingang der notwendigen Unterlagen und Röntgenbilder werden wir dem Patienten einen Kostenvoranschlag für die geplante Behandlung zuschicken.

Vielen Dank