

Überweisung zur endodontischen Behandlung

+41 44 391 54 88
info@wurzelbehandlung.zuerich
www.wurzelbehandlung.zuerich

ÜBERWEISENDE PRAXIS ODER STEMPEL

Zahnarzt/-ärztin	.....	Telefon	.....
Praxis	.....	E-Mail	.....
Adresse	.....	
Aktuelle Röntgenbilder oder DVT	vorhanden	nicht vorhanden	
<i>Falls vorhanden, bitte uns zukommen lassen!</i>			

PATIENT/-IN

Name	.....	Telefon	.....
Vorname	.....	E-Mail	.....
Geburtsdatum	.....	
Adresse	.....	

Endodontische Behandlung des Zahnes / der Zähne

Gewünschte Therapie/Untersuchung

Beratung & Zweitmeinung
Primäre Wurzelkanalbehandlung
Revision
Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion
Entfernung frakturierter Instrumente
Sonstiges / Bemerkungen

DVT – 3D Aufnahme

Gewünschte Versorgung

Definitiver Verschluss (Kompositfüllung)
Provisorischer Verschluss (Cavit + Komposit-Abdeckung)
Versorgung mit Stiftinsertion Glasfaser Metall
Sonstiges / Bemerkungen

Wir bedanken uns herzlich für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Sobald die Behandlung abgeschlossen ist, werden Sie von uns ein Rücküberweisungsschreiben erhalten.