



ZAHNARZTTEAM
WARBURG

Überweisender Zahnarzt (Stempel)

Patientenname: _____

Patientenadresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geb. Datum: _____

Geb. Ort: _____

Telefon: _____

Überweisung zur:

mikroendodontischen Behandlung

Zahnärztliche Anamnese:

Pulpitis

Nekrose

Fistel

akute apikale Parodontitis

chronische apikale Parodontitis

akuter periapikaler Abszess

endodontisch vorbehandelt

Kronenaufbau erwünscht:

plastische Keramik

Glasfaserstift

Zirkon/Empress-Aufbau (Cerec)

Kronenversorgung

Bitte Röntgenbilder und Parodontalbefund des betroffenen Zahnes dem Patienten mitgeben!

Für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen sowie für das entgegengebrachte Vertrauen möchten wir herzlich danken und versichern, dass wir alles tun werden, um eine optimale endodontische Behandlung Ihres Patienten zu erreichen.

Ihre Dr. med. dent. Sabine Kusche M.Sc.