

Zahnwerk Frankfurt  
Wilhelm – Kobelt – Straße 1  
60529 Frankfurt

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel/Unterschrift Überweiser

## PATIENT:

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_ Straße, Nr. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

## ÜBERWEISUNG ZUR ENDODONTOLOGISCHEN DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG

Medizinische Anamnese: \_\_\_\_\_

Betroffene Zähne: \_\_\_\_\_

- Beratung                       WB-Erstbehandlung                       WB-Revision  
 Trauma-Behandlung                       Schmerzdiagnostik                       Sonstiges: \_\_\_\_\_

- Bitte um vorherige telefonische Rücksprache mit dem Überweiser                       Patient meldet sich bei Ihnen  
 Vorhandene Röntgenbilder werden zur Verfügung gestellt

Vorbehandlung: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen sowie das entgegengebrachte Vertrauen bedanken wir uns herzlich. Nach Eingang der Unterlagen und erfolgter klinischer Diagnostik senden wir Ihrem Patienten einen Kostenvoranschlag zu. Nach erfolgter Behandlung überweisen wir Ihnen den Patienten zurück.

Mit kollegialen Grüßen  
Dr. Marc Münster, Zahnwerk Frankfurt