



Praxis für Innovative ZahnMedizin
Fränkische Str. 36 – 30455 Hannover – 0511/472222
www.praxis-stockleben.de

Überweisungsformular für endodontologische Behandlungen

Patient:

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ Haus-Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Tel: _____ E-Mail: _____
Versicherung: GKV PKV

Überweiser:

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ Haus-Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Tel: _____ E-Mail: _____

Bitte ankreuzen:

- Dem Patienten wurde mitgeteilt, dass die Behandlung gleich nach Abschluß per EC-Karte, bzw. in Bar zu bezahlen ist.
- Die Kosten werden von der Überweiser-Praxis beglichen. Eine entsprechende Rechnung wird an die Überweiser-Praxis versendet.

Klinische Indikation: _____

Behandlung Zahn: _____ Revision Revision mit WF WF
 Entfernung eines frakturierten Instrumentes
 sonstiges: _____
Röntgenbilder vorhanden: ja nein Art: _____

Es wird ein entsprechender Kostenvoranschlag von unserer Praxis für den Patienten bzw. die Überweiserpraxis erstellt.