



PRAXISKLINIK
für zahnärztliche Chirurgie
und Implantologie

Dr. Christian Lamest
Fachzahnarzt für Oralchirurgie & Kollegen

Praxisklinik Dr. Lamest und Kollegen
Stummstr. 33
66763, Dillingen
Tel: 06831 89444 0
Fax: 06831 89444 39
Email: kontakt@zahnkliniksaarland.de

PATIENTENDATEN:

Datum: _____

_____	_____
Name	Tel. privat
_____	_____
Vorname	Fax
_____	_____
Geb.datum	Mobiltel.
_____	_____
Versicherung	Tel. geschäftl.
_____	_____
Straße, Nr.	Mail
_____	_____
PLZ, Wohnort	

ÜBERWEISUNG ZUR ENDODONTOLOGISCHEN DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG

Betroffener Zahn/Zähne: _____

- WB-Erstbehandlung
 WB-Revision
 Mikrochirurgische WSR mit/ohne retrog. WF
- Keine aktuelle Röntgenaufnahmen
 Wurden dem Patient ausgehändigt
 Wurden Ihnen per Mail zugesandt
- Bitte um vorherige telefonische Rücksprache mit dem Überweiser.
 Patient meldet sich bei Ihnen.
 Bitte mit dem Patienten zur Terminvergabe Kontakt aufnehmen.

Vorbehandlung: _____

Sonstiges: _____

Für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen sowie das entgegengebrachte Vertrauen bedanken wir uns herzlich.
Nach erfolgter Behandlung überweisen wir Ihnen den Patienten sofort zurück.

Mit kollegialen Grüßen

Praxisklinik Dr. Lamest und Kollegen

Stempel und Unterschrift des Überweisers