

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



ZAHNÄRZTE
der Tagesklinik Buchloe

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

hiermit überweise ich den oben genannten Patienten mit der Bitte um Durchführung folgender Behandlung.

Chirurgische Leistungen:

- Operative Entfernung Zahn/Zähne regio _____
- Wurzelspitzenresektion _____
- mit orthograder Wurzelfüllung
- mit retrograder Wurzelfüllung
- Implantologische Versorgung regio _____
- wahlweise mit den Systemen von Straumann Camlog

Mikroskopgestützte endodontische Versorgung:

- Orthograde Erstbehandlung
- Orthograde Revisionsbehandlung
- Behandlung unter Vollnarkose
- Sonstiges _____
- telefonische Rücksprache erwünscht

Bemerkungen:

Mit kollegialen Grüßen

Datum / Unterschrift

Überweiser Stempel / Tel.Nr.

Zahnärzte der Tagesklinik Buchloe
Hindenburgstr. 1-3
86807 Buchloe
Telefon 0 82 41 40 41
praxis@zahnaerzte-buchloe.de
www.zahnaerzte-buchloe.de