

ÜBERWEISUNG ENDODONTIE

An Dr. med. dent. Moritz Pöppel

AllDent Zahnzentrum München
Bayerstraße 21, 80335 München

Sehr geehrter Herr Dr. Pöppel,
hiermit überweise ich die nachfolgend genannte Patientin bzw. den nachfolgend genannten Patienten zur
endodontischen Abklärung und/oder Behandlung.

Name, Vorname: _____

Indikation bzw. Fragestellung

☐ Endodontische Diagnostik und Beratung **Zahn:** _____

☐ Wurzelkanalbehandlung **Zahn:** _____

☐ Revisionsbehandlung **Zahn:** _____

☐ Perforationsverschluss im Rahmen der Wurzelkanalbehandlung **Zahn:** _____

☐ Entfernung eines Instruments/fragments im Rahmen der
Wurzelkanalbehandlung **Zahn:** _____

☐ Sonstiges:

Aktuelle Röntgenaufnahmen wurden:

- ☐ elektronisch versendet
- ☐ der Patientin bzw. dem Patienten ausgehändigt

Weitere Informationen:

- ☐ Eine vorherige telefonische Rücksprache ist erwünscht.

**Nach Abschluss der beauftragten endodontischen Therapie bitte Rücküberweisung an die
überweisende Praxis.**

Datum / Unterschrift / Praxisstempel: