



ZAHN.ZENTRUM.BERGEDORF



ZAHN.ZENTRUM.BERGEDORF

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Praxis

Name:

Telefon:

E-Mail:

- oder Praxisstempel -

ZZB Zahn.Zentrum.Bergedorf GmbH
Ernst-Mantius-Straße 34 . 21029 Hamburg
T 040 7 21 28 03 . F 040 7 24 99 20
kontakt@zahnzentrum-bergedorf.de
www.zahnzentrum-bergedorf.de

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Nummer:

Bemerkungen:

werden dem/der Patient/in mitgegeben

werden per E-Mail an
kontakt@zahnzentrum-bergedorf.de
gesendet

Diagnostik (DVT)

Primärbehandlung

Sekundärbehandlung (Revision)

Mikrochirurgischer Eingriff (WSR)

Fragmententfernung

Perforationsdeckung

Obturation vom offenen Apex

Intentionelle Replantation

Bleaching

Bemerkungen:
