



ZAHN.ZENTRUM.BERGEDORF



ZAHN.ZENTRUM.BERGEDORF

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Praxis

Name:

Telefon:

E-Mail:

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

- oder Praxisstempel -

Patient/in

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Zahn

Nummer:

Bemerkungen:

Röntgen

werden dem/der Patient/in mitgegeben

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

Therapiewunsch

- Diagnostik (DVT)
- Primärbehandlung
- Sekundärbehandlung (Revision)
- Mikrochirurgischer Eingriff (WSR)
- Fragmententfernung
- Perforationsdeckung
- Obturation vom offenen Apex
- Intentionelle Replantation
- Bleaching

Bemerkungen: