



ZAHN.ZENTRUM.BERGEDORF



ZAHN.ZENTRUM.BERGEDORF

## ÜBERWEISUNGSFORMULAR

### Praxis

Name:

---

Telefon:

---

E-Mail:

---

- oder Praxisstempel -

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:

---

---

---