



## Überweisung Endodontie

Zahnarztpraxis Eppendorfer Baum  
Dr. Mohr und Kollegen  
Eppendorfer Baum 35-37  
20249 Hamburg  
T: 040 / 480 18 10  
F: 040 / 480 18 29  
info@zahnarztpraxis-eppendorferbaum.de

Überweisende/r ZÄ/ZA:

Praxisstempel & Unterschrift

**Datum:** \_\_\_\_\_

### Patientenangaben:

Name:	Vorname:	Geb:
Adresse:		
T:	Mobil:	

**Zahn/Zähne:** \_\_\_\_\_

### Überweisung zur:

- Beratung
- Diagnostik und Schmerzbehandlung
- Orthograde mikroskopische Wurzelkanalbehandlung
- Orthograde mikroskopische Revision
- Perforationsdeckung
- Entfernung frakturierter Instrumente
- Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Zahnärztliche Anamnese und bisherige Behandlung:

---

---

**Anlagen:**  Röntgenbild/er  
 \_\_\_\_\_

**Postendodontische Versorgung:**  Composite  
 Glas/Quarzfaserstift-Aufbau

Wir bedanken uns herzlich für das entgegengebrachte Vertrauen und verbleiben mit freundlichen Grüßen.

Ihr Team der Zahnarztpraxis Eppendorfer Baum