

# ÜBERWEISUNG

ZUR ENDODONTISCHEN BEHANDLUNG AN

PRAXIS  
SZABO



Dr. Bruno Szabo MSc  
Bahnhofstraße 13, 88299 Leutkirch  
Fon 07561 2604, Fax 07561 8489833  
info@praxis-szabo.de, www.praxis-szabo.de

## PATIENT

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Versicherung:  Kasse  mit Zusatzversicherung  Beihilfe  Privat  Basistarif

## GEWÜNSCHTE BEHANDLUNG

- Orthograde mikroskopische Erstbehandlung  Orthograde mikroskopische Revision  Zahntrauma  
 Orthograde mikroskopische Revision nach WSR  Mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion

## BESONDERHEITEN

- Entfernung frakturierter Instrumente  Entfernung von Stiften (gegossen/konfektioniert)  Perforation

## ZU THERAPIERENDE ZÄHNE

\_\_\_\_\_

## VORGESCHICHTE/BEMERKUNGEN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANHANG

- OPG  
 Einzelzahnaufnahme  
 DVT  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

## ÜBERWEISENDER ARZT/PRAXIS/-STEMPEL

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# ZÄHNE SCHÜTZEN ZÄHNE ERHALTEN

PRAXIS  
SZABO



VIELEN DANK FÜR  
IHR VERTRAUEN!

PRAXIS  
SZABO 

Dr. Bruno Szabo MSc  
Bahnhofstraße 13  
88299 Leutkirch

Fon 07561 2604  
Fax 07561 8489833  
info@praxis-szabo.de  
www.praxis-szabo.de

