

# ÜBERWEISUNG ZUR ENDODONTIE

Überweiser(in)

Ansprechpartner(in)

Patient(in)

E-Mail

Name

Telefon (tagsüber)

Vorname

Mobil

Straße

PLZ und Ort

Zahn  Erstbehandlung  Revision

Akute Schmerzen ja  nein  Antibiotika Gabe ja  nein  Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Ist neuer ZE auf dem Zahn geplant? ja  nein



Praxis für  
**ZAHNERHALTUNG**  
Schikorr & Ehrhardt

**Svenja Ehrhardt**

Hindenburgdamm 56  
12203 Berlin

Telefon 030 834 44 97  
Telefax 030 834 70 11

info@zahnarzt-endo-berlin.de  
www.zahnarzt-endo-berlin.de

*Erhalte Deinen Zahn!*

