.....

Name der Krankenkasse

geb. am

.....

Name, Vorname des Versicherten/Patienten

.....

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

.....

Vertragszahnarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Der Versicherte wird überwiesen zur:

Zahn Erwünschte Behandlung:

..... ☐ Wurzelkanalbehandlung orthograd

..... ☐ Revision / Weiterführung WKB

..... ☐ Wurzelspitzenresektion

..... ☐ Glasfaserstift

..... ☐ adhäsiver Aufbau

..... ☐ nur „Stiftbohrung“

- ☐ konisch
- ☐ zylindrisch

(Nur wenn unmittelbar danach die Weiterversorgung bei Ihnen erfolgt, da sonst die Gefahr der Reinfektion besteht!)

Gab es Probleme bei der Aufarbeitung? Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Werden neue ÜW-Scheine benötigt? ☐ Ja ☐ Nein

.....

Datum . Stempel . Unterschrift des überweisenden Zahnarztes

zMVZ
ZAHNARZTPRAXIS NAUEN

Zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Elke & Frank Ziegerahn
Dammstraße 11 | 14641 Nauen | **Telefon** 0 33 21 . 45 37 88 | **Fax** 0 33 21 . 45 10 02 | **E-Mail** info@ziegerahn.de | **www.ziegerahn.de**