

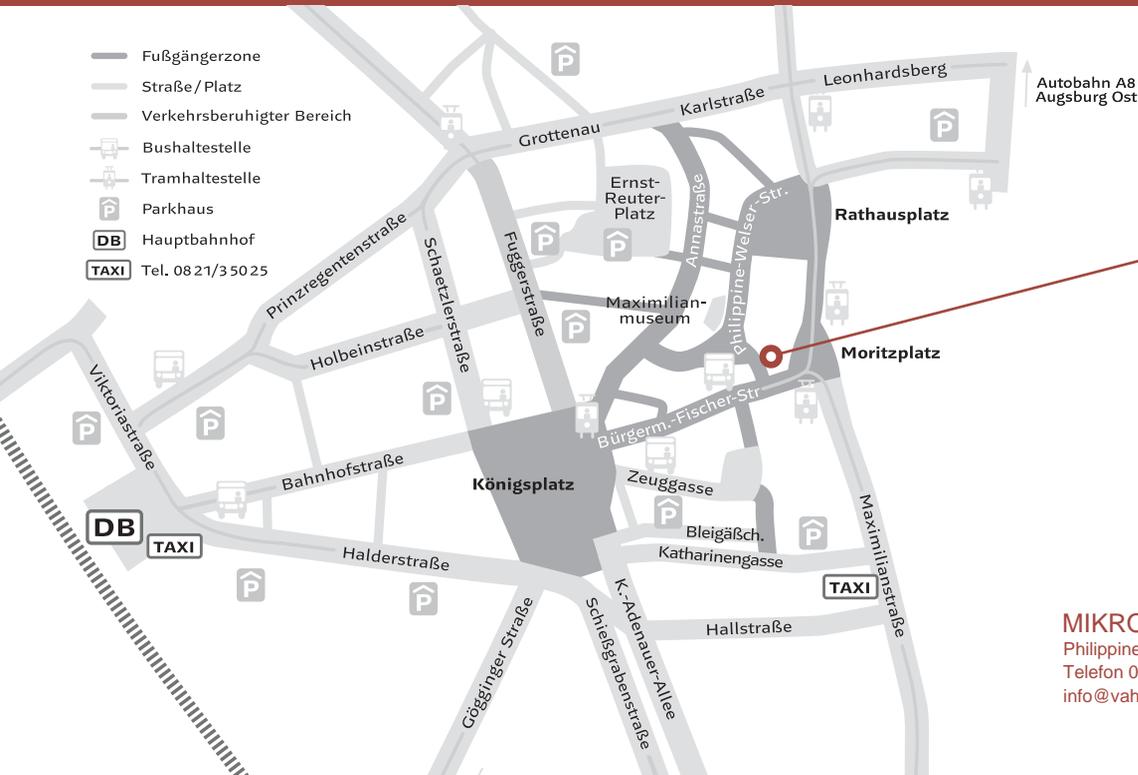


DR. VAHEDI
PRAXIS FÜR ENDODONTIE



IHRE ÜBERWEISUNG

-  Fußgängerzone
-  Straße/Platz
-  Verkehrsberuhigter Bereich
-  Bushaltestelle
-  Tramhaltestelle
-  Parkhaus
-  Hauptbahnhof
-  TAXI Tel. 0821/3 50 25



DR. VAHEDI
PRAXIS FÜR ENDODONTIE

MIKROSKOPISCHE ZAHNHEILKUNDE

Philippine-Welser-Straße 19/ 86150 Augsburg
Telefon 0821/3195650 // Telefax 0821/3195746
info@vahedi.de // www.vahedi.de



Sehr geehrter Dr. Vahedi, bitte führen Sie bei

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum

● an Zahn _____ folgende Behandlung durch:

Endodontische Erstbehandlung

Endodontische Revisionsbehandlung

in Verbindung mit Stiftentfernung

in Verbindung mit Fragmententfernung // Art und Material des Fragmentes _____

in Verbindung mit Perforationsverschluss

Endochirurgie

● ein DVT Regio _____ durch. Rechtfertigende Indikation: _____

● Röntgenbilder erhalten Sie mit der Post per E-Mail wurden dem Patienten ausgehändigt

● Spezielle medizinische Anamnese:

● Weitere Informationen oder Wünsche an uns:

● Wichtige Bemerkung:

Ihr Patient wird ausschließlich im Rahmen Ihres Überweisungsauftrages behandelt.

Bitte informieren Sie Ihren Patienten über eine mögliche Verkehrsuntüchtigkeit nach der Behandlung.

[Ihr Praxisstempel]

Sie erhalten nach Behandlungsabschluss einen Arztbrief.

Datum

Unterschrift