



## Überweisung zur Endodontie

Zahnarztpraxis in den Wilmersdorfer Arcaden  
Engin Demirer  
Zahnarzt – Endodontologe  
Wilmersdorfer Str. 54  
10627 Berlin

Tel: 030 / 32 30 30 00  
Fax: 030 / 32 30 30 07  
rezeption@za-demirer.de  
www.endodontie-berlin.com

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Versicherung: \_\_\_\_\_

Endodontische Behandlung des Zahnes / der Zähne erwünscht:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vorbehandlung:

\_\_\_\_\_

Sonstige Informationen / Vorbehandlungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Röntgenbilder:        ( ) werden dem Patienten mitgegeben  
                             ( ) werden per E-Mail geschickt (rezeption@za-demirer.de)  
                             ( ) noch keine Röntgenbilder vorhanden

Ich versichere Ihnen, dass die überwiesenen Patienten nur endodontisch behandelt werden und mit den vollständigen Unterlagen nach Abschluss der Behandlung des Patienten für die weitere Behandlung zu Ihnen zurückgeschickt werden.

Praxisstempel und Unterschrift des Überweisers: