

## ÜBERWEISERNOTIZ

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Bitte um Behandlung von Zahn: \_\_\_\_\_

Wurzelbehandlung \_\_\_\_\_

Revisionsbehandlung \_\_\_\_\_

Instrumentenentfernung \_\_\_\_\_

via falsa Abdeckung \_\_\_\_\_

sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ENDODONTIE

KIM: zahnarzt.doellmann@praxis.tm.kim.telematik  
Petristraße 53 | 37308 Heiligenstadt | Tel: 03606/61 42 38

[www.zahnheilkunde-eichsfeld.de](http://www.zahnheilkunde-eichsfeld.de)