Dr. Thomas Löffler

Praxis für Zahnheilkunde & Implantologie

Überweisung Endodontie
Wurzelkanalbehandlung

Hiermit überweise ich Frau / Herrn .....

zur ☐ Behandlung ☐ Beratung ☐ telefonischen Rücksprache

☐ Wurzelkanalbehandlung Zahn .....

☐ Wurzelkanalrevision Zahn .....

☐ Stiftentfernung mit Wurzelkanalrevision Zahn .....

☐ Instrumentenfragmententfernung mit Wurzelkanalbehandlung / Revision Zahn

.....

☐ Sonstiges .....

.....

Datum Unterschrift / Stempel

Dr. Thomas Löffler

Praxis für Zahnheilkunde & Implantologie

Patienteninformation

Ihr Termin in der Praxis für Zahnheilkunde und Implantologie Dr. Thomas Löffler

am ..... **um** .....

Sollten Sie einmal verhindert sein, teilen Sie uns dies bitte rechtzeitig telefonisch unter der Nummer 09261/963550 mit, da wir unsere Praxis nach Bestellsystem führen und die eingeplante Behandlungszeit nur für Sie reserviert ist.

Bitte bringen Sie neben diesem Überweisungsschreiben noch folgende Unterlagen zu Ihrem Termin mit:

☐ **Befundunterlagen** ☐ **Röntgenbilder**

Ihr Dr. Thomas Löffler und das Praxisteam

Praxis für Zahnheilkunde und Implantologie
Dr. Thomas Löffler

Kulmbacher Strasse 20, 96317 Kronach
Telefon: 09261 963550
info@zahnarztpraxis-kronach.de
www.zahnarztpraxis-kronach.de