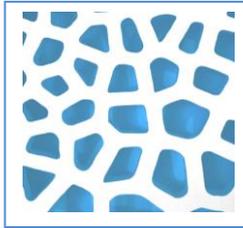


**Dr. Oliver Pommer**  
Zahnarztpraxis für Endodontologie  
Voxstr. 1, 10785 Berlin



Stempel / Kontaktdaten und Unterschrift der überweisenden Praxis

## Überweisung Zur endodontischen Therapie

### Patient

Name: .....

Vorname: .....

Geb.Datum: .....

Versicherung: .....

Telefonnummer: .....

Mobil: .....

Zahn: ..... Diagnose: ..... Vorbehandlung: .....

Bemerkung: .....

Therapiewunsch:  Beratung  WKB  WF-Revision  
 Fragment-Entfernung  Perforationsdeckung  
 Aufbau / Stiftsetzung  prov. Verschluß

Unterlagen / Röntgenbilder:  werden per Mail / KIM gesendet  
 werden dem Patienten mitgegeben

Nach abgeschlossener Behandlung senden wir Ihnen gerne einen Behandlungsbericht und die angefertigten Röntgenbilder per Mail oder über KIM zu.

Mail: ..... KIM: .....

Kontakt: ..... Mail: [endodontie-berlin@email.de](mailto:endodontie-berlin@email.de)

Tel.: 030 / 55474816

Nach der Behandlung oder Beratung überweisen wir die Patientinnen/Patienten direkt an Sie zurück und senden Ihnen die Unterlagen (Röntgenbilder, Behandlungsbericht) per Mail zu.

Für das entgegengebrachte Vertrauen möchten wir uns herzlich bedanken!

Ihr Praxisteam Dr. Pommer