

**Überweisung zur endodontischen Behandlung an:**

Dr. Jörg Tchorz  
Kufsteiner Str. 19  
83064 Raubling  
Tel.: 08035 / 8180  
Fax.: 08035 / 968870

Stempel des Überweisers

**Patient**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat)

**Versicherung**    gesetzlich       privat

**Überweisungsgrund** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Durchführung weitere endodontischer Maßnahmen**

- Adhäsiver Verschluss der Trepanationsöffnung mit Komposit
- Versorgung mit Glasfaserstift in Adhäsivtechnik
- Nur provisorischer Verschluss
- Stiftbohrung und provisorischer Verschluss
- \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie Ihrem Patienten alle relevanten Röntgenaufnahmen mit oder senden uns diese zu (**info@zahnarzt-raubling.de**)

Überweisung per Fax: 08035 968870