

ÜBERWEISUNGS- FORMULAR



HIERMIT ÜBERWEISE ICH

Name Vorname

Ausschließlich für folgende endodontische Therapie bzw. Fragestellung

☐ Endodontische Diagnose und Beratung	Zahn
☐ Wurzelkanalbehandlung	Zahn
☐ Revisionsbehandlung	Zahn
☐ Revisionsbehandlung eines resizierten Zahnes	Zahn
☐ Perforationsverschluss mit Wurzelkanalbehandlung	Zahn
☐ Fragmententfernung mit Wurzelkanalbehandlung	Zahn
☐ Sonstiges	Zahn

Postendodontische Versorgung (standardmäßig werden die Zähne adhäsiv aufgebaut)

- ☐ Ich wünsche zusätzlich einen Glasfaserstift
- ☐ Ich wünsche nur eine provisorische Cavit™ Füllung

Arztwunsch

- ☐ Egal / möglichst zeitnah
- ☐ Dr. Michael Daubner
- ☐ Jan Herrmann, M.Sc.

Aktuelle Röntgenbilder

- ☐ wurden elektronisch versendet (Email oder cryptshare),
- ☐ wurden dem Patienten mitgegeben,
- ☐ sind nicht vorhanden.

.....
Weitere Informationen

- ☐ Eine vorherige telefonische Rücksprache ist erwünscht.

**Nach abgeschlossener Therapie wird die Patientin / der Patient umgehend zurück überwiesen.
Sie erhalten zeitnah einen Arztbrief mit Röntgenbildern.**

Diesen wünsche ich

- ☐ digital via cryptshare
- ☐ analog per Post (inkl. Daten-CD)

.....
Datum / Unterschrift

Stempel

ÜBERWEISUNG



mbzwei
Dr. Daubner & Herrmann
Pasinger Bahnhofplatz 4
81241 München

Tel. 089/834 03 09
mail@mbzwei.de
www.mbzwei.de

**Sie finden uns im
Ärztehaus direkt
gegenüber vom
Pasinger Bahnhof**
(Eingang über
Bäckerstraße),
Durchgang
Apotheke

**Parkmöglichkeiten:
Parkhaus Pasing
Arcaden (3 Min.)**
(Einfahrt Offenbach-
straße oder
Josef-Felder-Str.)

**Parkhaus Pasinger
Hofgärten (5 Min.)**
(Einfahrt
Käflerstraße)

