

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**

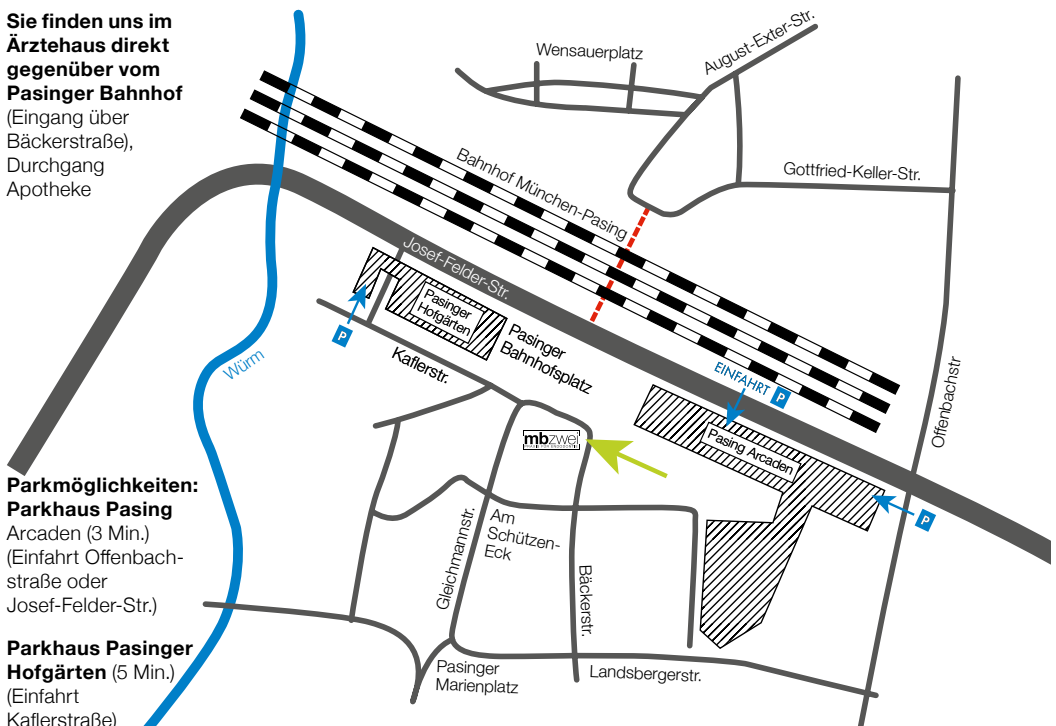
(Eingang über
Bäckerstraße),
Durchgang
Apotheke

**Parkmöglichkeiten:
Parkhaus Pasing**

Arcaden (3 Min.)
(Einfahrt Offenbach-
straße oder
Josef-Felder-Str.)

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

(Einfahrt
Käferstraße)



ÜBERWEISUNGS- FORMULAR

HIERMIT ÜBERWEISE ICH

Name Vorname

Ausschließlich für folgende endodontische Therapie bzw. Fragestellung

- | | |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Endodontische Diagnose und Beratung | Zahn |
| <input type="checkbox"/> Wurzelkanalbehandlung | Zahn |
| <input type="checkbox"/> Revisionsbehandlung | Zahn |
| <input type="checkbox"/> Revisionsbehandlung eines resizierten Zahnes | Zahn |
| <input type="checkbox"/> Perforationsverschluss mit Wurzelkanalbehandlung | Zahn |
| <input type="checkbox"/> Fragmententfernung mit Wurzelkanalbehandlung | Zahn |
| <input type="checkbox"/> 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