



## Überweiser

Stempel / Telefonnummer

## Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

hiermit überweise ich Ihnen den o.g. Patienten zur Durchführung folgender Behandlung:

- operative Entfernung der Zähne \_\_\_\_\_
- Wurzelspitzenresektion am Zahn \_\_\_\_\_
  - mit orthograder Wurzelfüllung
  - mit retrograder Wurzelfüllung
- Zystenentfernung im Bereich \_\_\_\_\_
- implantologische Versorgung im Bereich \_\_\_\_\_
- Behandlung unter Vollnarkose \_\_\_\_\_

Nach Abschluss der chirurgischen Behandlung bitte ich um Rücküberweisung des Patienten, sowie Rückgabe von mitgegebenen Unterlagen und einen kurzen Behandlungsbericht

## Bemerkungen

Mit kollegialen Grüßen

Datum / Unterschrift

### Standort Osternburg

Dragonerstraße 1, 26135 Oldenburg  
Tel: 0441 / 25225  
Fax: 0441 / 17 007  
info@praxis-osternburg.de

### Standort Bürgerfelde

An der Südbäke 1, 26127 Oldenburg  
Tel: 0441 / 63 0 53  
Fax: 0441 / 63 055  
info@praxis-buergerfelde.de

### Unsere Sprechzeiten

Sie erreichen uns von:  
Mo-Do 08.00 Uhr - 19.00 Uhr  
Freitag 08.00 Uhr - 17.00 Uhr  
oder nach Vereinbarung!