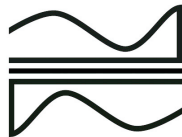


Überweisung für eine endodontische Behandlung

zur Praxis



Dr. Volker Wettlin
Wulfsfelder Weg 2
24242 Felde

Ich bitte um:

Die endodontische Behandlung des Zahnes/der Zähne: _____

Bisherige Behandlung:

Datum	Art der Behandlung

Besonderheiten: _____

Röntgenbilder:

- werden dem Patienten mitgegeben
- liegen nicht vor
- werden gemailt (an info@zahnarzt-felde.de)