

# Überweisung an ZahnZentrum Rotenburg

## Praxis Dr. Sina & Kollegen

Name des Patienten:



<b>Behandlung von Frau/Herrn:</b>	<b>Termin:</b>
<input type="checkbox"/> Operative Zahnentfernung	<b>Zahnzentrum Rotenburg Praxis Dr. Sina &amp; Kollegen</b> Untertor 15 36199 Rotenburg/F.  Tel. 06623 2029 zahnzentrum-rotenburg.de praxis@zahnzentrum-rotenburg.de
<input type="checkbox"/> Behandlung in Narkose	
<input type="checkbox"/> Implantat	
<input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion	
<input type="checkbox"/> Abszess-Behandlung	
<input type="checkbox"/> Zystenentfernung	
<input type="checkbox"/> PA-Chirurgie	
<input type="checkbox"/> Laser-Chirurgie	
<input type="checkbox"/> Knochenaufbau	
<input type="checkbox"/> Mundbodenplastik	
<input type="checkbox"/> Zahnsanierung in Vollnarkose	<b>Überwiesen von:</b>
<input type="checkbox"/>	

Nach Abschluss der Behandlung erfolgt die Rücküberweisung. Die Weiterbehandlung wird ausschließlich vom Hauszahnarzt erfolgen.