

Überweisung an ZahnZentrum Rotenburg

Praxis Dr. Sina & Kollegen

Name des Patienten:



Behandlung von Frau/Herrn:	Termin:
<input type="checkbox"/> Operative Zahnentfernung	Zahnzentrum Rotenburg Praxis Dr. Sina & Kollegen 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	Überwiesen von:
<input type="checkbox"/>	

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