



Dr. Michael Bauer

Spezialist der Endodontie (DGZ-Endo)

Mitglied der Deutschen Gesellschaft
für Endodontologie und zahnärztliche
Traumatologie (DGET)

Behandlungsschwerpunkte:
Wurzelkanalbehandlung
Wurzelspitzenresektion
Zahnerhalt bei Dental Trauma

Frauenplatz 11

80331 München

Tel. 089 - 21 02 33 90

Fax 089 - 21 02 33 99

Praxis-Notdienst:

089 - 21 02 33 95

bauer@fachpraxis.de

www.fachpraxis.de

ÜBERWEISUNG

Fachpraxis am Frauenplatz

So erreichen Sie uns:

Zugang zur Praxis:

- Unsere Praxis befindet sich im Hinterhaus Richtung Marienhof (Haus 2), der Zugang ist über den Haupteingang im Vorderhaus (Haus 1) am Frauenplatz 11. Eine Verbindung zwischen den Häusern besteht ausschließlich über einen überdachten Glasgang in der 1. Etage.
- Im Eingangsbereich (Haus 1) nehmen Sie zunächst die Treppe links oder den Aufzug rechts in den ersten Stock, von dort gehen Sie über den Glasgang in das Treppenhaus von Haus 2.
- Im Haus 2 erreichen Sie die Praxis in der 3. Etage direkt über einen Aufzug linker Hand oder über die Treppe rechter Hand.

Öffentliche Verkehrsmittel

Mit S- oder U-Bahn bis Haltestelle „Marienplatz“ von dort ca. 3 Minuten zu Fuß in Richtung Frauenkirche.

Mit dem PKW

Es stehen Ihnen die Parkgaragen am Nationaltheater, am Stachus, am Viktualienmarkt, im Färbergraben, am Rindermarkt und im Tal zur Verfügung. Von den jeweiligen Parkgaragen sind es noch ca. 3 - 5 Minuten zu Fuß in Richtung Marienplatz / Frauenkirche.



Überweisung an:

Dr. Michael Bauer

Ich überweise Ihnen Herrn / Frau
für folgende Therapie:

.....
.....

Endodontie

- Wurzelkanalbehandlung Zahn / Zähne
- Revision Zahn / Zähne
- Wurzelspitzenresektion Zahn / Zähne
- Endodontische Diagnostik bei unklaren Schmerzen Zahn / Zähne
- Internes Bleichen Zahn / Zähne
- Dental Trauma Zahn / Zähne
- Sonstiges

.....
.....
.....

Röntgenbilder

- Werden geschickt (OPG / Zahnfilm / DVT)
- Bringt Patient mit (OPG / Zahnfilm / DVT)
- Keine aktuellen vorhanden, bitte neu anfertigen

Andere Fragestellung / Zusatzinformationen

.....
.....
.....

Ich bitte um Zusendung Ihres Befundes und Therapievorschlags nach Eingangsdiagnostik.

Mit kollegialen Grüßen



Überweisender Zahnarzt
(Adresse oder Stempel)



.....
Datum

.....
Unterschrift



ggf. zahnärztliche(r) Mitarbeiter(in)