



Überweisung zur kieferorthopädischen Abklärung / Behandlung

Überweisender Zahnarzt (Praxis-Stempel):

Name

Str./Nr.

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Datum

Patientendaten:

Name Vorname Geb.Datum

Name der Eltern

Str./Nr. PLZ/Ort

Telefon Mobile

Überweisung erfolgt auf Wunsch:

der Zahnärztin/des Zahnarztes der Patientin/des Patienten der Eltern

Dringlichkeit der kieferorthopädischen Abklärung / Behandlung:

sofort < 1 Monat < 3 Monate

Vorhandene Unterlagen:

Bitewings Fotos

Bemerkungen: (spez. Befunde, Anliegen des Patienten/Zahnarztes, interdisziplin. Zusammenarbeit)

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für die Überweisung! Bitte senden Sie dieses Formular an oben stehende Adresse per Post/Fax/Email