

Überweisung für eine kieferorthopädische Abklärung/Behandlung

Angaben zum Patienten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Natel: _____ E-Mail: _____

Eltern / Erziehungsberechtigte Personen

Name: _____ Vorname: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

Wunsch des Patienten

Überweisender Zahnarzt

Praxisstempel:

Anliegen/Bemerkungen des/der behandelten Zahnarztes/Zahnärztin

Termin Termin dringend Termin in den nächsten Wochen

Informationen über die Behandlungsplanung sind erwünscht ja nein

Folgende Unterlagen sind bereits vorhanden und werden zum ersten Untersuchungstermin mitgebracht:

Zahnrontgen OPT Fernrontgenbild Modelle

Kontakt

Bitte Patienten direkt kontaktieren.

Bitte Überweiser kontaktieren vor Aufgebot des Patienten!

Bemerkung: Dieses Blatt können Sie ausdrucken und in der Mitte falten, dann passt es in ein C5 Fenstercouvert.

Dr. med. dent. Christian Eicke
Facharzt für Kieferorthopädie
Bahnhofstrasse 86
5000 Aarau

Besten Dank für Ihre Überweisung!