



# Überweisung

## Angaben zum Patienten

Vorname & Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Versichert bei: \_\_\_\_\_

## Überweisung für:

- allgemeine kieferorthopädische Beratung
- präprothetisch Behandlung
- Schnarchtherapie
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Prophylaxe:

Im Falle einer Multibrackettherapie sollen die Prophylaxen regelmäßig ...

- weiter durch uns erfolgen.
- abwechselnd mit der KFO erfolgen.
- durch die KFO-Praxis erfolgen.

## Besondere Ansprüche des Patienten:

- hohe ästhetische Ansprüche
- Interesse an Invisalign®
- Interesse an Lingualbehandlung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Weitere Angaben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Überweisender Arzt:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Stempel und Unterschrift des Überweisers: