

Überweisungsformular (*zwingende Angaben)

*Name und Vorname des Patienten:

*Geburtsdatum:

*Geschlecht:

Wohnort:

*Telefon:

Befunde (Zutreffendes umkreisen)

Sagittal: Kl. I Kl. II Kl. III Kreuzbiss vorn Overjet: mm

Vertikal: Frontoffener Biss Tiefbiss

Transversal: Kreuzbiss seitlich bukkale Nonokklusion

Platzmangel: kein moderat massiv Verlust unmittelbar drohend

Obere Eckzahnlage: kritisch

Besonderes:

Schicken oder per Fax an:

Adresse/Stempel des Überweisers

Praxis Cityhaus
Dr. med. dent. Philipp Kümin
Kieferorthopäde SSO
Churerstr. 43

8808 Pfäffikon

Telefon 055 420 25 20

Fax 055 420 25 21