

Überweisungsformular

*Name und Vorname des Patienten: _____

*Geburtsdatum: _____

*Geschlecht: _____

Wohnort: _____

*Telefon: _____ Handy: _____

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 Platzverlust unmittelbar drohend

Obere Eckzahnlage: kritisch

Besonderes: