

DR. MED. DENT. CHRISTIAN



PRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

Überweisende Zahnarztpraxis (Praxis-Stempel)

Datum:

Name:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Überweisung zur kieferorthopädischen Abklärung / Behandlung

Patientendaten

Name:

Vorname:

Geb.Datum:

Name der Eltern:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Tel. Privat:

Mobil:

Überweisung erfolgt auf Wunsch

der Zahnärztin/des Zahnarztes

der Eltern

der Patientin/des Patienten

Dringlichkeit der Abklärung

dringend eilt nicht

Information über die Behandlung erwünscht

ja

nein

Bemerkungen (spezielle Befunde, Anliegen des Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit, etc.)

Die Patienten werden, falls nicht anders erwünscht, direkt von uns für einen ersten Termin aufgebeten.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Post, Fax oder Email an unten stehende Adresse.

Vielen Dank für die Überweisung!

Dr. med. dent. Christian Greuter
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie (CH)
Kasernenstrasse 26
5000 Aarau

Tel.: 062 824 41 41
Fax: 062 824 41 42
E-Mail: info@drgreuter.ch
www.drgreuter.ch