

Überweisung für kieferorthopädische Abklärung/ Behandlung

Fax-Nummer: 071 350 03 20

Dr. med. dent.
Tim Schröder
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie
Mühlebühl 4
9100 Herisau

Patient/in:	Name	
	Vorname	
	Geburtsdatum	
Erziehungsberechtigte Personen (Eltern)	Name(n)	
	Vorname(n)	
Adresse	Strasse	
	Postleitzahl/Ort	
Telefonnummern	Privat / wann erreichbar	Nummer: erreichbar:
	Geschäft (von wem?)	Nummer: (Name) erreichbar:

Spezielle Fragestellung/ Bemerkungen/ Hauptprobleme:
(bei Bedarf)

Die Patienten werden, falls nicht anders gewünscht, direkt von uns aufgeboten!

Termin: dringend: eilt nicht: bitte Überweiser/in kontaktieren:

Folgende Unterlagen sind vorhanden und werden zugeschickt: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Zahnrontgen:	
OPT:	
FR:	
Modelle:	
Fotos:	

Beilage:

Absender: