

Absender/ Überweisender Zahnarzt:

(Absender)

Überweisung für kieferorthopädische Abklärung/Behandlung

Bernadette Grimaldi
Dr. med. dent.
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Luzernerstrasse 1
6030 Ebikon

Bernadette Grimaldi
Dr. med. dent.
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Luzernertrasse 1
6030 Ebikon

Patient/in

Name:

Vorname:

Geb.Datum:

Erziehungsberechtigte

Name(n):

Vorname(n):

Strasse:

PLZ/Ort:

Tel (privat):

Mobil:

e-mail:

Überweisung erfolgt durch:

- Zahnarzt/Zahnärztin
- Auf Wunsch der Patientin/des Patienten
- Auf Wunsch der Eltern

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

Termin: eilt eilt nicht bitte Überweiser/in kontaktieren

Information über die Behandlungsplanung erwünscht:

- Ja
- nein

Folgende Unterlagen sind vorhanden; bei Bedarf spezielle Fragestellung/ Bemerkungen:

-
-

Beilage: