

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