

Überweisung für Kieferorthopädische Abklärung/Behandlung

Absender / Praxisstempel

.....
.....
.....
.....

Praxis für Kieferorthopädie
Dr. Matthias Rymann
Schappe Center/Schappeweg 1
6010 Kriens

PATIENT/IN

Name Vorname
Geburtsdatum Mobiltelefon

ELTERN / ERZIEHUNGS-BERECHTIGTE PERSONEN

Name(n) Vorname(n)
.....
Adresse PLZ/Ort
Telefon Privat wann erreichbar
Telefon Geschäft wann erreichbar

WUNSCH DES PATIENTEN

.....
.....
.....

WUNSCH DES BEHANDELNDEN ZAHNARZTES/DER BEHANDELNDEN ZAHNÄRZTIN

.....
.....
.....

TERMIN

dringend / eilt nicht / bitte Überweiser/in kontaktieren

INFORMATION ÜBER DIE BEHANDLUNGSPLANUNG/UNTERLAGEN

Informationen über die Behandlungsplanung erwünscht: ja / nein

Folgende Unterlagen sind vorhanden und werden zugeschickt:

Zahnröntgen OPT
 FR Modelle
 Beilage:

—> BITTE PER POST ODER FAX AN:

PRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE DR. MED. DENT. MATTHIAS RYMANN
SCHAPPE CENTER/SCHAPPEWEG 1 6010 KRIENS T 041 322 22 33 F 041 322 22 34 MAIL@PRAXIS-RYMANN.CH