



DR. MED. DENT. S. OSTOJIC
Fachzahnarzt für Oralchirurgie (CH)
Tel. 056 282 43 33

DR. MED. DENT. J. SPICHER
Praxis für Kieferorthopädie
Tel. 056 500 43 33

Zahnarztpraxis Nussbaumen AG
Eidg. dipl. Zahnärzte SSO/SSOS
Landstrasse 105, 5415 Nussbaumen

info@zahnarztpraxis-nussbaumen.ch
www.zahnarztpraxis-nussbaumen.ch
Fax. 056 282 43 53

Überweisende Praxis

Überweisung zur kieferorthopädischen Abklärung

Datum:.....

Personalien

Name: Vorname(n): Geb. Datum:

Strasse: PLZ: Wohnort:

Tel. Nr. Natel Eltern: Natel Patient:

Name der Eltern / Vormundes:

Befund: Durch Zahnarzt auszufüllen (optional)

Falls Röntgenbilder vorhanden, bitte mitsenden

Dental: Durchbruchsalter: altersgerecht beschleunigt verspätet
sagittal (bei 6er): KL I KL II KL III Kreuzbiss vorne ja nein
vertikal: normaler Überbiss Tiefbiss Offener Biss vorne Offener Biss seitlich
transversal: normal Kreuzbiss seitlich Bukkale Nonokklusion
Platzangebot: Engstände ja nein Lücken ja nein
Alle Zähne vorhanden Nichtanlagen Überzählige Zähne
Retinierte Zähne, welche

Anmerkungen:.....

Besten Dank für die Übernahme

Einverständnis der Eltern

Unser Zahnarzt hat uns informiert, dass bei unserem Kind eine kieferorthopädische Abklärung durch den Spezialisten notwendig ist.

Wir sind mit der Überweisung einverstanden und erwarten ein Aufgebot durch die Spezialistenpraxis

Unterschrift der Eltern