

Überweisung für eine kieferorthopädische Abklärung

Überweisender Zahnarzt
(inkl. Praxisname)

Datum

Patient(in):

Vorname + Name

Geb.-Datum

Adresse

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail

Überweisung erfolgt auf Wunsch

- ☐ der Zahnärztin/des Zahnarztes
- ☐ der Patientin/des Patienten
- ☐ der Eltern

Dringlichkeit

☐ durchschnittlich

☐ hoch (z.B. drohende Schädigung von Strukturen)

Überweisungsgrund

Bemerkungen

Vorhandene Unterlängen

Unsere Koordinaten:

Überweisung per E-Mail an:

kieferorthopaedie-burgdorf@sso-hin.ch

Telefonischer Austausch:

034 422 60 61

Überweisung per Post an:

Dr. med. dent. Sven Stucki
Kieferorthopädie Burgdorf
Bahnhofstrasse 6
3400 Burgdorf

Bemerkung: Bitte Röntgenbilder bei der Zuweisung beilegen