

Patient/in:
Geb.:



ÜBERWEISUNGSGRUND:

- Bitte um kieferorthopädische Beratung (Kinder, Jugendliche und Erwachsene)
- Bitte um Behandlung von folgendem Zahn/ Zähnen:
- Bitte um Sanierung in Vollnarkose
- Bitte um Zweitmeinung
- Sonstiges:
- Bitte um Rücküberweisung nach erfolgter Behandlung
- Bitte um Diagnostik und ggf. Behandlung des verkürzten Lippen- / Zungenbandes

ANLAGE:

- Folgende Röntgenaufnahme wurde bereits angefertigt:
- Bitte um Anfertigen einer Röntgenaufnahme

Ort, Datum

Praxisstempel/ Name der Praxis

DR. ANNA WECHSLER
*Praxis für Kinder-
und Jugendzahnheilkunde*

DR. YVONNE EWEN
*Fachzahnarztpraxis für
Kieferorthopädie*

089 973 139 69
info@heyzahn.de
Verdistrasse 74
81247 Obermenzing
www.heyzahn.de