

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