Absender / Datum: _____

Praxis für Kieferorthopädie
Dr. med. dent. V. Parli
Amthausplatz 1
4500 Solothurn

Überweisung zur kieferorthopädischen Abklärung / Behandlung

Name _____ Vorname _____ Geburtstag _____

Vater / Mutter (nur bei Kindern) Name _____ Vorname _____

Adresse _____ Ort _____

Telefon _____ Natel _____

Überweisung erfolgt aufgrund von

□ Zahnärztin / Zahnarzt

□ Patient/in □ Eltern

□ Bemerkung _____

wegen

□ Ästhetik _____

□ Funktion _____

Dringlichkeit es eilt □ bei Gelegenheit

Unterlagen □ Zahnröntgen □ OPT □ FR □ Modelle □ Mundaufnahmen

□ mitgegeben

□ bitte zurück

□ geschickt

□ bitte archivieren

Kontaktaufnahme

- □ Der/die **Patient/in** nimmt Kontakt mit der Praxis für Kieferorthopädie auf
- □ Die **Praxis für Kieferorthopädie** nimmt Kontakt mit dem/der Patient/in auf
- □ Die Praxis für Kieferorthopädie nimmt Kontakt **mit dem/der Überweiser/in** auf

Bericht erwünscht □ Diagnose & Planung □ Behandlungsverlauf □ Schlussbefund