

Überweisender Zahnarzt

Name
Adresse
Telefon
E-Mail

Datum

Überweisung zur kieferorthopädischen Abklärung / Behandlung

Name	Vorname	Geb.Datum
Name der Eltern		
Adresse	PLZ/Ort	
Telefon P	Mobil	
E-Mail		

Überweisung erfolgt auf Wunsch der Zahnärztin/des Zahnarztes
 der Patientin/des Patienten
 der Eltern

Dringlichkeit sofort < 1 Monat < 3 Monate

Bemerkungen

(spez. Befunde,
Anliegen des Patienten,
interdisziplinäre
Zusammenarbeit)

Kontaktaufnahme

- Die **Klinik für Kieferorthopädie** nimmt mit dem/der Patient/in Kontakt auf.
- Die Klinik für Kieferorthopädie kontaktiert den/die **Überweiser/in**.

Überweisung bitte senden an: **Klinik für Kieferorthopädie
Freiburgstrasse 7
3010 Bern**

patienten.ortho.zmk@unibe.ch