

Absender:
(Praxisstempel)

Überweisung für kieferorthopädische Abklärung/ Behandlung
Fax: 044 562 18 19

Dr. med. dent.
Felix A. Rohrer
Spezialist SSO für Kieferorthopädie
Gottfried Keller-Strasse 7
8001 Zürich

Dr. med. dent.
Felix A. Rohrer
Spezialist SSO für Kieferorthopädie
Gottfried Keller-Strasse 7
8001 Zürich

Patient/in:	Name	
	Vorname	
	Geburtsdatum	
Erziehungsberechtigte	Name(n)	
Personen (Eltern)	Vorname(n)	
Adresse	Strasse	
	Postleitzahl/Ort	
Telefonnummern	Privat / wann erreichbar	Nummer: erreichbar:
	Geschäft (von wem?)	Nummer: (Name) erreichbar:

Spezielle Fragestellung/ Bemerkungen/ Hauptprobleme:
(bei Bedarf)

Die Patienten werden, falls nicht anders gewünscht, direkt von uns aufgeboten!

Termin: dringend: eilt nicht: bitte Ueberweiser/in kontaktieren:

Information über die Behandlungsplanung erwünscht: **Ja:** **nein:**

Folgende Unterlagen sind vorhanden und werden zugeschickt: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Zahnrontgen:	
OPT:	
FR:	
Modelle:	
Fotos:	

Beilage:

Passt in jedes Fenster-Couvert. Fax 044 562 18 19

v/formulare/Ueberweisungsformular online2