



Überweisung



Mit der Bitte um:

Kinderzahnarztpraxis

Beratung

Weiterbehandlung / Therapie

Bei folgendem Kind:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Bisher erfolgte Behandlung:

Anzahl an Behandlungsversuchen, falls erfolgt:

Schmerzen?

Wichtige Informationen:

Röntgenbilder wurden angefertigt: ja nein

Überweisender Zahnarzt (Stempel / Datum)

