**Überweisungsformular für Kieferorthopädie**

|  |  |
| --- | --- |
| Frau | Herr |
| Nachname |  |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Strasse, Nr. |  |
| PLZ / Ort |  |
| Telefon |  |
| E-Mail |  |

Adresse des Überweisers Adresse des Patienten / der Patientin

|  |  |
| --- | --- |
| Frau | Herr |
| Nachname |  |
| Vorname |  |
| Praxis-Name |  |
| Strasse, Nr. |  |
| PLZ / Ort |  |
| Telefon / Fax |  |
| E-Mail |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorhandene Unterlagen: | OPT | FR | Modelle | Rx | DVT | Foto(s) |

**Klinischer Befund (kann offen gelassen werden)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dentition: | Milchgebiss | Wechselgebiss I | Wechselgebiss II | Permanent |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sagittal: | Kl. I | ½ Kl. II | Kl. II | Kl. III | Beidseits |
|  | Overjet: | Unauffällig | Vergrössert | Knapp | Negativ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Transversal: | Kopfbiss | Kreuzbiss | Bucc. Non-Okkl. | Zwangsführung |
|  | Mittellinie: | Zentiert | Verschoben |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vertikal: | Unauffällig | Tiefbiss | offener Biss |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Besonderes: | Nichtanlagen | Unterm. Res. | Engstand | Anderes |

|  |
| --- |
| Anamnese : |

|  |
| --- |
| Bemerkungen: |

|  |
| --- |
| Patient soll aufgeboten werden |
| Patient soll dringend aufgeboten werden |
| Patient meldet sich selber |

Ort:       Datum: