

Dr.med.dent. S.Johner-Spinnler  
Kieferorthopädin  
Ryfstrasse 58  
3280 Murten

## Überweisung zur kieferorthopädischen Abklärung/Behandlung

Patient/in \_\_\_\_\_  
Eltern (falls unter 18 J) \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon Privat \_\_\_\_\_ Geschäft \_\_\_\_\_  
Natel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## Bemerkungen/Fragestellung/Hauptprobleme

**Termin:**  eilt nicht  dringend  
 Patient meldet sich  Bitte Patient aufbieten

Information über Behandlungsplan erwünscht

**Vorhandene Unterlagen:**  Zahnrontgen  
 OPT  
 Fernrontgen  
 Modelle  
 Fotos

**Beilagen:** \_\_\_\_\_

**Datum** \_\_\_\_\_ **Praxisstempel** \_\_\_\_\_