



DR. MED. DENT. S. OSTOJIC
Fachzahnarzt für Oralchirurgie (CH)
Tel. 056 282 43 33

DR. MED. DENT. J. SPICHER
Praxis für Kieferorthopädie
Tel. 056 500 43 33

Zahnarztpraxis Nussbaumen AG
Eidg. dipl. Zahnärzte SSO/SSOS
Landstrasse 105, 5415 Nussbaumen

info@zahnarztpraxis-nussbaumen.ch
www.zahnarztpraxis-nussbaumen.ch
Fax. 056 282 43 53

Überweisende Praxis

Überweisung zur kieferorthopädischen Abklärung

Datum:.....

Personalien

Name: Vorname(n): Geb. Datum:

Strasse: PLZ: Wohnort:

Tel. Nr. Natel Eltern: Natel Patient:

Name der Eltern / Vormundes:

Befund: Durch Zahnarzt auszufüllen (optional)

Dental: Durchbruchsalter: altersgerecht beschleunigt verspätet

sagittal (bei 6er) KL I KL II KL III Kreuzbiss vorne

vertikal: Tiefbiss Offener Biss vorne Offener Biss seitlich

transversal: Kreuzbiss seitlich Bukkale Nonokklusion

Engstände: OK UK

Lücken: OK UK

Nichtanlagen Überzählige Zähne Retinierte Zähne, welche

Anmerkungen:.....

Falls Röntgenbilder vorhanden, bitte mitsenden

Besten Dank für die Übernahme

Einverständnis der Eltern

Unser Zahnarzt hat uns informiert, dass bei unserem Kind eine kieferorthopädische Abklärung durch den Spezialisten notwendig ist.

Wir sind mit der Überweisung einverstanden und erwarten ein Aufgebot durch die Spezialistenpraxis

Unterschrift der Eltern