

Ihr Praxisstempel:

Praxis  
Dr. med. dent. Christian Zedler  
General Wille-Str. 201  
8706 Feldmeilen

Datum:

### Ueberweisung von

Name, Vorname Patient:

geboren:

Name, Vorname erziehungsberechtigte Person:

Adresse:

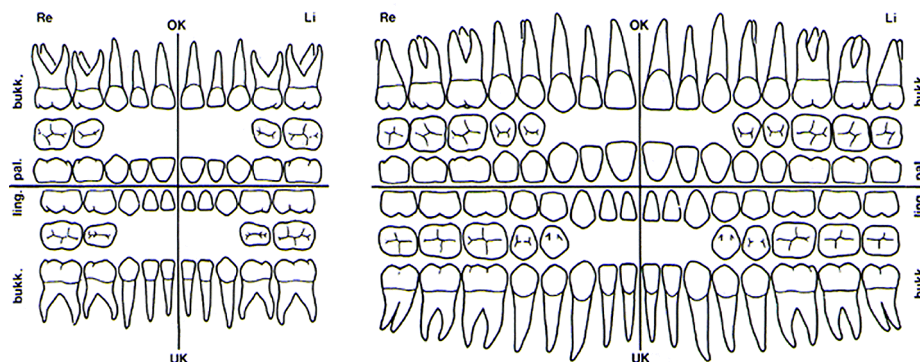
Telefon:

Ich erlaube mir, obengenannte/n Patienten/Patientin zur weiteren **O Abklärung O Behandlung** zu überweisen.

**Grund:**

**Bisherige Massnahmen:**

**Befund:**



**kieferorthopädisch:**

sagittal:

vertikal:

transversal:

**röntgenologisch:**

Die Eltern des Patienten / der Patientin werden sich in den nächsten Tagen in Ihrer Praxis melden.

Mit bestem Dank für die Uebernahme und freundlichen kollegialen Grüßen

Unterschrift, Praxisstempel:

Beilagen: