

Überweisung

Datum und Stempel

Kieferorthopädie Kim AG
Hofstettenstrasse 6a
3600 Thun

Darf ich Dich/Sie bitten, untenstehenden Patienten anzubieten:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.P: _____ Tel.G: _____ Natel: _____

Für:

- Kieferorthopädische Beurteilung/Beratung
- Kieferorthopädische Abklärung für IV-Versicherung
- OPT
- FR mit Auswertung
- Handröntgenbild
- Weiterführung der Kieferorthotherapie
- _____

Vorhandene
Unterlagen: _____

Bemerkungen, Dringlichkeit, Anliegen des Patienten, spezielle Befunde, etc.: _

- wartet auf Dein/Ihr Aufgebot
- wird sich bei Dir/Ihnen selber melden
- hat bereit Termin bei Dir/Ihnen