



Kinderzahnarztpraxis

Milchzahnsafari ÜBERWEISUNGSFORMULAR

KINDERZAHNHEILKUNDE & KIEFERORTHOPÄDIE



PATIENTENDATEN

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____



ÜBERWEISENDE PRAXIS

Praxisstempel

Telefon _____

E-Mail _____



BEFUND / FRAGESTELLUNG



BITTE UM:

- ☐ Behandlung unter Lachgassedierung
- ☐ Behandlung unter Intubationsnarkose (ITN)
- ☐ Konsiliarische Vorstellung / Zweitmeinung
- ☐ Extraktion Zahn / Zähne: _____
- ☐ Kieferorthopädische Beratung
- ☐ Diagnostik und Behandlung des Zungenbandes
- ☐ Weiterführung der Behandlung nach Behandlungsabbruch
- ☐ Traumaversorgung
- ☐ Behandlung von Kindern mit besonderem Betreuungsbedarf
- ☐ Sonstiges / Weitere Fragestellung: _____



RÖNTGENBILDER

- ☐ liegen dem Patienten vor
- ☐ werden per E-Mail zugesandt
- ☐ wurden bereits übermittelt
- ☐ Röntgenaufnahme nicht möglich

☐ Bitte um Rücküberweisung nach Abschluss der Behandlung.

Datum _____

Unterschrift _____

Unsere Praxen



PRAXIS BECKUM

Kinderzahnarztpraxis Milchzahnsafari
Am Tuttenbrocksee 5
59269 Beckum



Fon: +49 2521 828040



info@milchzahnsafari.de



www.milchzahnsafari.de



PRAXIS DORTMUND

Kinderzahnarztpraxis Milchzahnsafari
An der Goymark 23
44263 Dortmund



Fon: +49 231 42577960



info@milchzahnsafari.de



www.milchzahnsafari.de