



Dr.med.dent. Guido Herzog
 Spitalgasse 1
 8400 Winterthur 8400

Dr.med.dent. Guido Herzog
 Spitalgasse 1
 Winterthur

Überweisung zur kieferorthopädischen Abklärung oder Behandlung

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
 Adresse: _____ Mobil: _____

Erziehungsberechtigter: _____

Bemerkungen / ev. Diagnose:

klinischer Befund (fakultativ)

dental	Milchzahngelb Frontzahnwechsel im Gange / abgeschlossen	permanente Dentition Seitenzahnwechsel im Gange
spezielles	Platzmangel retinierte Eckzähne	Nichtanlagen anderes:
sagittal	Klasse I Klasse II Klasse III	Overjet: _____ mm anteriöres Kreuzbiss
transversal	normale Verhältnisse Kreuzbiss bukale Nonokklusion	mit Zwangsbissführung mit Zwangsbissführung
vertikal	Tiefbiss frontal offener Biss	Overjet: _____ mm seitlich offener Biss

vorhandene Unterlagen

Zahnrontgen	OPT	FR	Modelle	Fotos
dringender Termin			Patient meldet sich selber	
gelegentlicher Termin			Patient bitte aufbieten	

Ort/Datum: _____ Absender: _____