



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 anteriörer 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: _____