ZUR WEITERBEHANDLUNG

PATIENT:IN

Name | Vorname _____ Geburtsdatum _____

Im Rahmen der Kieferorthopädischen Behandlung bitte ich um:

- ◯ Extraktion von _____
- ◯ Konservierende Behandlung von _____
- ◯ Freilegung von Zahn _____ mit Bracketbeklebung und Befestigung an der Spange
- ◯ Sonstiges _____

Anbei sende ich folgende Unterlagen:

◯ Aktuelles OPT ◯ Intraorale Fotos ◯ Hilfsmittel zur Befestigung verlagerter Zähne

Mit freundlichen Grüßen

Datum | Behandler _____ Unterschrift _____