

Überweisung

PERSÖNLICHE
ANGABEN:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Überweisungsdatum:

Mit Bitte um Weiterbehandlung:

Folgende Zähne:

Komplettsanierung unter ITN (ab ca. 1J/8 kg) / Lachgas

Behandlungsversuch erfolgt: ja nein

Beurteilung / Behandlung MIH Zähne:

Extraktion folgender Milchzähne:

Bemerkungen:

Praxisstempel

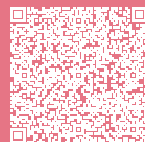
Röntgenbilder vorhanden: OPG ZF BF vom:

Ort, Datum:

Unterschrift



Anfahrt über
Google Maps



Villa Wackelzahn, Kinderzahnarztpraxis Heidelberg
Dr. Silke Schmidt & Dr. Vanessa Schamberger

Grüne Meile 56 · 69115 Heidelberg
info@villa-wackelzahn.com · www.villa-wackelzahn.com