

# Überweisung: Kieferorthopädie



Dr. med. dent. MSc. MSc.

**Costin Baumgärtel**  
Zahnarzt

## Patientendaten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresszeile 1: \_\_\_\_\_

Adresszeile 2: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherungsart: \_\_\_\_\_

Versicherungsname: \_\_\_\_\_

## Überweiserpraxis/Stempel:

Überweiser: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Überweisungsauftrag KFO- Checkliste:

- Sind Röntgenbilder vorhanden? OPG , FRS , Einzelröntgen , Status
- Sind Habits vorhanden, Störfunktionen?  Sind PAR- Auffälligkeiten bekannt?
- Sind CMD Auffälligkeiten bekannt?  Schlafstörung/Schnarchen?

## Überweisungsauftrag

- Allgemeine Beratung
- Notwendigkeit einer Kieferorthopädischen Behandlung:  
Kind (bis ca. 9Lj.); Jugendliche (vor dem 18Lj.); Erwachsene (ab dem 18Lj.)
- Aligner Behandlung/Beratung: INVISALIGN® , Alternativen
- interdisziplinäre Behandlung/ Präprothetische KFO

## Spezifikationen/ Sonstiges:

---

---

---

---

---