

# FORMULAR

## Patientenüberweisung



### Zur kieferorthopädischen Abklärung / Behandlung

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Post oder E-Mail an die unten stehende Adresse. Vielen Dank und auf eine gute Zusammenarbeit!

#### ZAHNARZTPRAXIS

Ort, Datum

Zahnarztpraxis

Behandelnder Zahnarzt

Strasse

PLZ/Ort/Kanton

Telefon

Praxisstempel

#### PATIENTENINFORMATION

Patientenname

Patientenvorname

Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort/Kanton

Telefon Privat

Telefon Natel

Telefon Geschäft

#### BEFUND / BEMERKUNGEN

Spezielle Befunde, Anliegen des Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit, etc.

#### Stocker – Fachpraxis für Kieferorthopädie

Dr. med. dent. Bruce Stocker  
Fachzahnarzt für  
Kieferorthopädie | Mitglied SSO

Zuchwilerstrasse 64  
4500 Solothurn

T +41 32 622 90 44  
info@dr-stocker.ch  
www.dr-stocker.ch

#### Dringlichkeit der Abklärung

- Dringend  
 Eilt nicht

#### Gewünschtes Vorgehen

- Patient/in wartet auf einen Termin  
 Patient/in meldet sich bei Ihnen  
 Bitte rufen Sie uns an  
 Bitte Unterlagen beurteilen