



**DR. LADISLAV  
HAVRANEK**

Fachzahnarzt für Kieferorthopädie (CH)

Dr. med. dent.  
**Ladislav Havranek**  
Fachzahnarzt SSO  
für Kieferorthopädie

# Überweisungsformular

zur kieferorthopädischen Abklärung/Behandlung

Datum:

## Überweisender Zahnarzt (Praxis-Stempel)

Name:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

## Patientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Name der Eltern:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Tel. Privat:

Tel. Mobil:

**Bemerkungen** (spezielle Befunde, Diagnose, Anliegen des Patienten,...)

## Dringlichkeit der Abklärung

dringend

eilt nicht

## Vorhandene Unterlagen

Zahnröntgen

OPT

FR

Modell

Photos

**Dr. med. dent. Ladislav Havranek**  
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie (CH)  
Nordhaus 3  
5400 Baden

Tel.: 056 222 10 00  
Fax.: 056 222 40 10  
E-Mail: [info@kieferorthopaedie-baden.ch](mailto:info@kieferorthopaedie-baden.ch)  
[www.kieferorthopaedie-baden.ch](http://www.kieferorthopaedie-baden.ch)