



**Überweisung zum Kinderzahnarzt**

Kind 

<hr/>	<hr/>	<hr/>
Vorname	Nachname	geb.

Versicherter 

<hr/>	<hr/>	<hr/>
Vorname	Nachname	geb.

Anschrift 

---

  
Straße / Nr. 

---

  

<hr/>	<hr/>
PLZ	Ort

Telefon/E-Mail 

<hr/>	<hr/>	<hr/>
privat	mobil	E-Mail

Kinderarzt 

---

 Kieferorthopäde 

---

**Bitte um Durchführung folgender Leistungen :**

Konservierende Therapie  
(Füllungen/ Kronen/ Endodontische Behandlung) Zahn/Zähne 

---

Extraktionen Zahn/Zähne 

---

Lückenhalter regio 

---

Behandlung unter Lachgas

Behandlung in ITN

Mitbeurteilung insgesamt

Sonstiges 

---

Röntgenbilder anbei welche? 

---

Ort, Datum 

---

Unterschrift, Praxisstempel 

---