

Überweiserformular

Dysgnathieberatung

Praxisstempel

BITTE **TELEFONNUMMER** ZWECKS RÜCKRUF ANGEBEN

Patientendaten

Bitte um kieferchirurgische Beratung zwecks:

- Erstberatung **vor** Therapiebeginn
- Vorstellung **nach** initialer kieferorthopädischer Behandlung zur Planung des **OP-Termins**
- Vorstellung **nach** Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung und Einplanung zur **Metallentfernung**
- sonstige Gründe für Vorstellung: _____

Vorgeschlagenes Behandlungskonzept aus kieferorthopädischer Sicht

- UK-Osteotomie
- OK-Osteotomie
- bimaxilläre Umstellungsosteotomie
- chirurgisch unterstützte Gaumennahterweiterung (GNE)
- Genioplastik
- Segmentosteotomie
- sonstige operative Maßnahme: _____

Bitte wenden



Informationen zur derzeitigen KFO-Behandlung:

- präoperative kieferorthopädische Vorbehandlung wird in ____ Wochen abgeschlossen sein
- präoperative kieferorthopädische Vorbehandlung ist bereits abgeschlossen
- folgende kieferorthopädische Maßnahmen sind noch geplant: _____
- passive Bögen sind bereits inseriert
- sonstige Hinweise an die Klinik: _____