

IHRE ÜBERWEISUNG

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

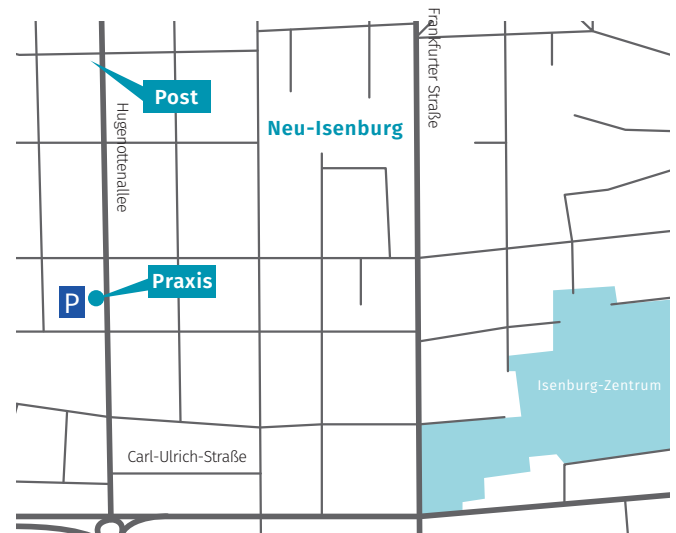
bitte vereinbaren Sie für ein erstes Beratungsgespräch telefonisch einen Termin in unserer Praxis.

Kontakt: **Telefon:** 06102 - 27 036
 E-Mail: info@kfopraxis-neu-isenburg.de

Bringen Sie zu Ihrem Beratungstermin bitte folgende Unterlagen mit:

- Ihre Versicherungskarte
- Sofern vorhanden: Röntgenpass, aktuelle Röntgen- und MRT-Aufnahmen

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!



Unseren Patienten stehen kostenfreie Parkplätze im Hof der Praxis zur Verfügung.

Überweisung:

Patientin | Patient

Praxisstempel und Unterschrift

Ich bitte um Behandlung:

- Kieferorthopädie Kind | Jugendlicher
- Präprothetische Kieferorthopädie
- Ästhetische Kieferorthopädie
- Prächirurgische Kieferorthopädie
- Vor Implantationen
- Incognito® | Lingualtechnik
- Invisalign® | CA® CLEAR ALIGNER
- Schnarcherschienen

Prophylaxe während der Zeit mit festsitzenden Spangen

- Bitte Prophylaxe während dieser Zeit übernehmen
- Bitte schicken Sie unseren Patienten 2 x pro Jahr mit ausligiertem Bogen zur Prophylaxe in unsere Praxis

Kiefergelenkbehandlung

- Bitte vorbereitende und abschließende Schienentherapie übernehmen
- Bitte schicken Sie unseren Patienten zur vorbereitenden und abschließenden Schienentherapie in unsere Praxis

Spezifikation | Sonstiges:
