



Schulkreis BeLoSe
Dorfstr. 3
4512 Bellach

**Kieferorthopädie im Rahmen der Schulzahnpflege
Überweisung**

Hiermit bestätigen wir folgende Überweisung an eine(n) Kieferorthopäden(in) SSO:

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Name/Vorname Eltern:

.....

Strasse:

Ort:

Bemerkungen:

.....

.....

.....

Ort / Datum:

Stempel der Praxis und Unterschrift der/
des behandelnden Zahnärztin/Zahnarztes:

.....