

# Ihre **kieferorthopädische Überweisung**



Dr. Julia Neuschulz  
Aachener Straße 500  
50933 Köln  
Telefon: 0221 – 589 105 55  
E-Mail: praxis@diekfo.de

## **Patient**

---

---

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

## **Ich bitte um Beratung**

- Frühbehandlung
  - Kieferorthopädie Jugendliche
  - Kieferorthopädie Erwachsener
  - Kieferorthopädie Kombi Prothetik / Chirurgie
  - Kiefergelenk-CMD / Schnarchschielen
  - Sportmundschutz
  - Sonstiges
- 

## **Beratungsgespräch**

---

---

Bitte vereinbaren Sie für ein erstes Beratungsgespräch telefonisch unter **0221 – 589 105 55** einen Termin und bringen bitte folgende Unterlagen mit:

- Ihre Versichertenkarte
- Ihre Überweiserkarte
- Gegebenenfalls eine vorhandene Röntgenaufnahme Ihrer Zähne

**Spezifikation/Sonstiges**

---

---

---

**Praxisstempel Überweiser / Unterschrift**

---