# Beratung

Lohrmann Kieferorthopädie
Dr. med. dent.
**Bettina Lohrmann**

Name, Vorname des **Patienten** ..... geb. am .....

Name, Vorname des **Versicherten** ..... geb. am .....

Straße, Hausnummer ..... E-Mail .....

PLZ, Wohnort ..... Telefon .....

Krankenkasse ..... behandelnder / überweisender Arzt .....

## Sind Sie beihilfeberechtigt?

◯ ja ◯ nein

## Diagnose:

| | | | |
|---|---|---|---|
| ◯ Schmalkiefer | ◯ Deckbiss | ◯ Tiefbiss | ◯ Offener Biss |
| ◯ Kreuzbiss | ◯ eins | ◯ beids. | |
| ◯ Kl. I | ◯ Kl. II | ◯ Kl. III | |
| ◯ 1/4 Pb | ◯ 1/2 Pb | ◯ 3/4 Pb | ◯ 1/1 Pb |
| ◯ frontaler Engstand | ◯ OK | ◯ UK | |
| ◯ Diastema | ◯ OK | ◯ UK | |

## 01

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | | |
| | | | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | | |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

Datum: .....

.....

.....

.....

.....

◯ AM ◯ ZM ◯ OPG ◯ FRS ◯ Photos