



Eichenhofer
ORALCHIRURGIE | ZAHNMEDIZIN
AM LAUERTURM

Überweisung an die Praxis Dr. Eichenhofer zur Behandlung des Zungen-/Oberlippenbandes

Mein Name: _____

Name des Patienten (Baby)/

Geburtsdatum: _____

Mein Fachgebiet: _____

Stillprobleme: Ja Nein

Verdacht auf: verkürztes Zungenband (Ankyloglossie)

verkürztes Oberlippenband

Bemerkungen:

Datum, Ort

Unterschrift, Stempel