

(Stempel, Überweiser)

Datum:

CMD-Centrum-Kiel
Dr. André von Peschke
Spezialist für Funktionsdiagnostik und –therapie (DGFDT)
Lorentzendam 14
24103 Kiel
Tel: 0431 552235
Fax: 0431 5578751
Mail: info@cmd-centrum-kiel.de
www.cmd-centrum-kiel.de

Überweisungsauftrag:

für Herrn/Frau _____

mit der Bitte um:

- Konsiliarische, zahnärztlich funktionelle Untersuchung mit Befundbericht
- Übernahme der Behandlung

Es wurden bereits in den u.a. Fachgebieten Untersuchungen durchgeführt und Befunde erhoben. Befundunterlagen soweit verfügbar sind erwünscht, aber keine Voraussetzung.

- HNO: _____
- Augen: _____
- Orthopädie: _____
- Physiotherapie: _____
- Schmerztherapie: _____
- Psychosomatik: _____
- Heilpraktiker: _____
- Radiologie: _____
- Zahnarzt/Kieferorthopäde/MKG: _____
- Andere: _____

Mit kollegialen Grüßen