Praxisstempel/Unterschrift

Kieferorthopädischer Befundbericht

(zur Vorlage bei der Bundespolizei)

Familien-/Geburtsname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	

Untersuchungsdatum: _ _._ _._ _ _ _

1. Die aktive Behandlungsphase wurde erfolgreich abgeschlossen ja ☐ nein ☐

2. Die aktive Behandlung wird voraussichtlich abgeschlossen sein ja ☐ nein ☐
   (Monat/ Jahr) _ _ . _ _ _ _

3. allgemeine Bemerkungen der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arztes

_____
_____
_____
_____
_____

Hinweis:
Eventuell anfallende Kosten für dieses Attest werden durch die Bundespolizei nicht übernommen.

_____ _____

Datum, Ort Unterschrift der Ärztin/ des Arztes