

ÜBERWEISUNG - zur Digitalen Volumentomographie - DVT

Patientendaten:

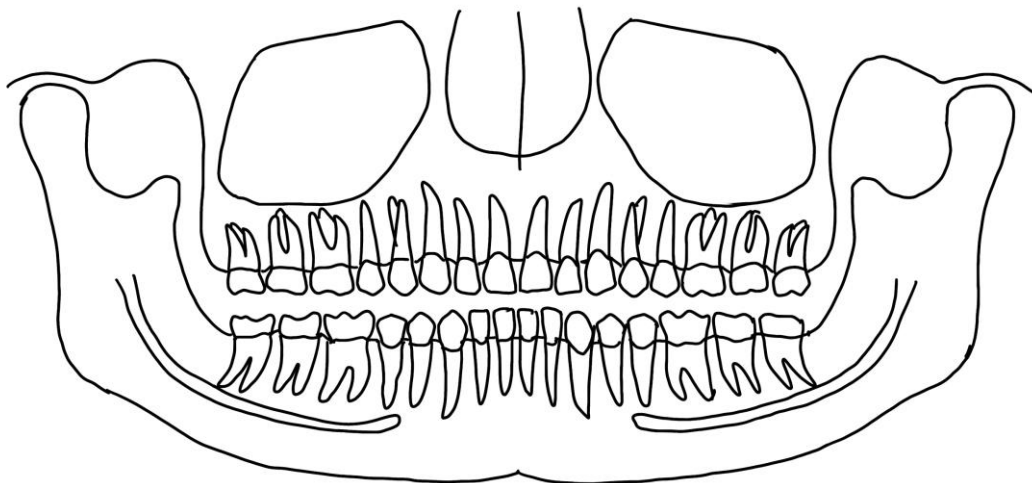
Name _____
Geb. _____
Vorname _____

Überweiserstempel

Untersuchungsregion:

- Oberkiefer Unterkiefer beide Kiefer
 Zahnbereich/Regio

Die gewünschte Aufnahme­region bitte in das Schema einzeichnen:



- 12 cm x 9 cm 8 cm x 9 cm 8 cm x 5 cm 5 cm x 5 cm

Fragestellung:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Endodontie | <input type="checkbox"/> Traumatologie | <input type="checkbox"/> Planung ZE |
| <input type="checkbox"/> Fehlstellungen | <input type="checkbox"/> Zahnanomalie | <input type="checkbox"/> Knochenangebot |
| <input type="checkbox"/> Parodontologie | <input type="checkbox"/> Knochenläsion/ Zyste | <input type="checkbox"/> Atemwege |
| <input type="checkbox"/> Dentogener Fokus | <input type="checkbox"/> Kieferhöhle | <input type="checkbox"/> Nasenseptum |
| <input type="checkbox"/> Retinierte und verlagerte Zähne | | |

Bitte übermitteln Sie vorhandene, aktuelle Röntgenaufnahmen der Untersuchungsregion zum Termin an uns. Diese sind für die Indikationsstellung einer DVT vorgeschrieben.

Datum, Unterschrift Ärztin/Arzt