Dr. Philipp Rösch
Fachzahnarzt für Oralchirurgie

IMPLANTOLOGIE
ORALCHIRURGIE

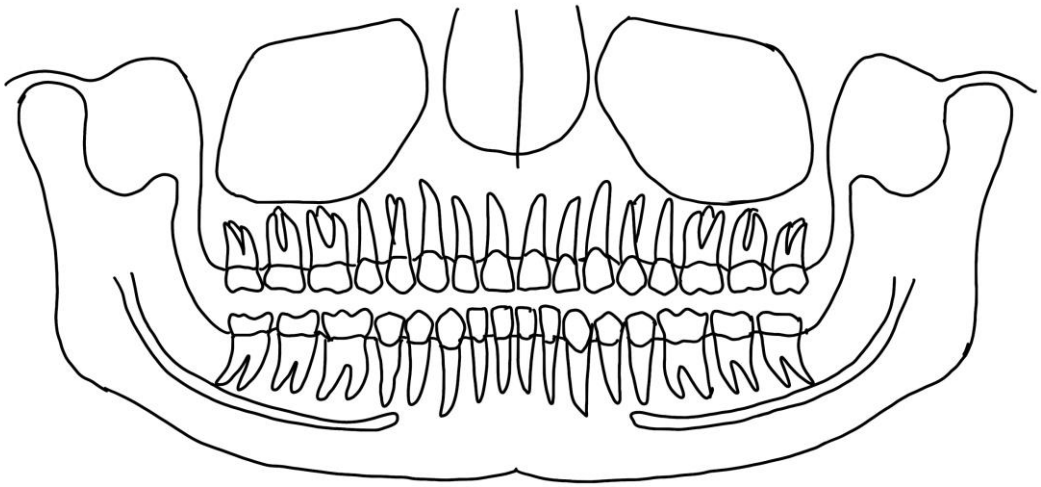
ÜBERWEISUNG - zur Digitalen Volumentomographie - DVT

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:
□ Endodontie □ Traumatologie □ Planung ZE
□ Fehlstellungen □ Zahnanomalie □ Knochenangebot
□ Parodontologie □ Knochenläsion/ Zyste □ Atemwege
□ Dentogener Fokus □ Kieferhöhle □ Nasenseptum
□ 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