

ZAHNARZTPRAXIS FÜR ZAHNERHALTUNG UND IMPLANTOLOGIE ▫ DVT-DIAGNOSTIK

Überweisungsformular

Gerne können Sie uns dieses Formular vor der Untersuchung per Fax, Post oder Email zukommen lassen.

Patientendaten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ/Ort _____

Telefonisch erreichbar _____ Versicherung GKV PKV

Indikation / Teilgebiet / klinische Fragestellung

Implantologie OK regio _____ UK regio _____

Schablone vorhanden ja nein

Dento-alveoläre Chirurgie regio _____ Parodontologie regio _____

Endodontie regio _____ Kieferorthopädie regio _____

Sonstige Fragestellung oder Bemerkungen _____

Gewünschte Bildgröße:

Quadrant _____ Oberkiefer Unterkiefer Ober-u. Unterkiefer

Datenübermittlung:

Dicom-Datensatz mit Viewer auf CD, diese senden wir Ihnen zu.

Auswertung:

- Diagnostik und Befundung
- Ich möchte die Auswertung selbst vornehmen und besitze die Fachkunde DVT nach RÖV.
(Der Fachkundenachweis ist einmalig in Kopie erforderlich)

Bitte angeben:

- Der Patient ist über entstehende, privat zu tragende, Kosten informiert.

Praxisstempel

Datum/ Unterschrift