

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