



Überweisung zur Digitalen Volumentomographie

PATIENTENDATEN

Name _____ Vorname _____
Anschrift _____
Telefonnr. _____ Geb.-Dat. _____

Rechtfertigende Indikation

Implantologie

Oberkiefer Regio : _____

Unterkiefer Regio : _____

Aufnahme mit Schablone Schablone wurde auf Passung geprüft

Aufnahme ohne Schablone

Ich verwende folgendes Planungssystem: _____

Zahnärztliche Chirurgie Regio

Parodontologie Regio

Endodontologie Regio

Zusätzliche Fragestellungen / Bemerkungen

Gewünschter Datentransfer

DICOM-Daten mit Viewer-Software

nur DICOM-Daten auf CD

kein Befundbericht erwünscht

Patient/in CD mitgeben

Versand auf CD per Post

Bitte wählen Sie eine Option aus:

Überweisende Praxis (Praxisstempel)

Der Patient ist darüber informiert, dass die 3D-Aufnahme gleich nach der Erstellung per EC-Karte oder bar zu bezahlen ist.

Die Kosten für die Erstellung der 3D-Aufnahme übernimmt der Überweiser (Bitte Rechnung an den Überweiser senden).

Datum, Unterschrift Überweiser