

Überweisung zur Volumentomographie

Name, Vorname, Geb.-Datum:

Telefonnummer:

Mobil:

Der/Die Patient/in wird für folgende Leistung überwiesen:

- Oberkiefer Unterkiefer mit Röntgenschablone
 Mittelohr rechts links Kiefergelenk gesamter Kopf
 Sonstiges _____

Schablonentyp (z. B. MED-3D, SIMPLANT-Materialise, Nobelguide): _____

Implantologie Region: _____

Parodontologie Region: _____

Endodontie Region: _____

Kieferorthopädie

Kiefergelenk links rechts Kieferhöhle links rechts

Stirnhöhle Augenhöhle links rechts

Besondere Fragestellung/Bemerkung:

Praxisstempel:

X

Datum/Unterschrift:

DVT-DVD erwünscht

Befund wird selbst erstellt, bei Überweiser (DVT-Schein erforderlich)