

Ihr DVT Termin:

Mo Di Mi Do Fr Sa

Datum

Uhrzeit

## Überweisung zur strahlungsarmen Dentalen Volumentomographie

Name, Vorname, Geburtsdatum

Telefon- oder Mobilnummer

- Gesetzlich versichert       Privat versichert (Aufnahme im Maximalvolumen)

**Die/Der Patient/in wird zur Abklärung folgender klinischen Fragestellung überwiesen:**

- Oral- / Kieferchirurgie
- Verlagerte Zähne       Weisheitszähne       Eckzähne       andere \_\_\_\_\_
- Entzündliche Prozesse / Fokussuche
- Fraktur
- Implantologie      Region: \_\_\_\_\_       mit Schablone (bitte Rücksprache)
- zusätzliche Screenshot Implantatplanung
- zusätzliche Software-Implantatplanung komplex
- DICOM-Daten auf DVD für:     NobelClinician       SICAT
- Parodontologie      Region: \_\_\_\_\_
- Endodontologie      Region: \_\_\_\_\_
- Kieferorthopädie
- Ober- und Unterkiefer       gesamt mit Kiefergelenken       nur Oberkiefer       nur Unterkiefer
- Nasennebenhöhlen       links       rechts
- Nasenatmungsbehinderung
- Chronische Sinusitis
- andere: \_\_\_\_\_

**Der Patient ist darüber informiert, dass die 3D-Aufnahme am Untersuchungstag in bar oder per EC-Karte im Synergiezentrum bezahlt werden muss.**

Auf besonderen Wunsch Rechnung an Überweiser

Befundung erwünscht

DVT-Aufnahme auf CD mit kostenloser Viewer-Software

dem Patienten direkt mitgeben /  an die Praxis senden

Überweiser besitzt DVT-Fachkunde

Überweiser Name/Stempel

Datum

Unterschrift

Bitte faxen Sie diesen Bogen vorab an **+49 (0) 24 54 - 93 92 95**



SYNERGIEZENTRUM DIAGNOSTIK

