Überweisung zur Digitalen Volumentomografie (DVT)

Gerne **VOR** der Behandlung per Fax oder per Mail an uns senden!

AN:

ANNE MAHLER
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Altenburger Str. 83
08396 Waldenburg

Tel.: 037608/22400
Fax: 037608/ 23494

E-Mail: mahler@gz-sachsen.de

Patient/in:

Name, Vorname: _____Geb.Datum:_____

Tel. Pat.:_____

Überweiser/in (ggf. Praxisstempel)**:**_____

Indikation(en)/ Fragestellung / Zahnregion → bitte ankreuzen:

Volumen 10 x10 ☐

OK und UK ☐
OK ☐
UK ☐

Volumen 6 x 6 ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
8 ---- 7 ---- 6 ---- 5 ---- 4 ---- 3 ---- 2 ---- 1 – | – 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Bemerkungen:

☐ Implantat(e) _____

☐ Weisheitszähne _____

☐ PA _____

☐ Endo _____

☐ sonstige Indikation _____

Weitere Informationen:

☐ Röntgendaten werden auch im DICOM – Format benötigt

☐ Röntgendaten bitte als CD übersenden

_____ _____

Datum Unterschrift