

# ÜBERWEISUNG zur digitalen Volumentomographie (DVT)

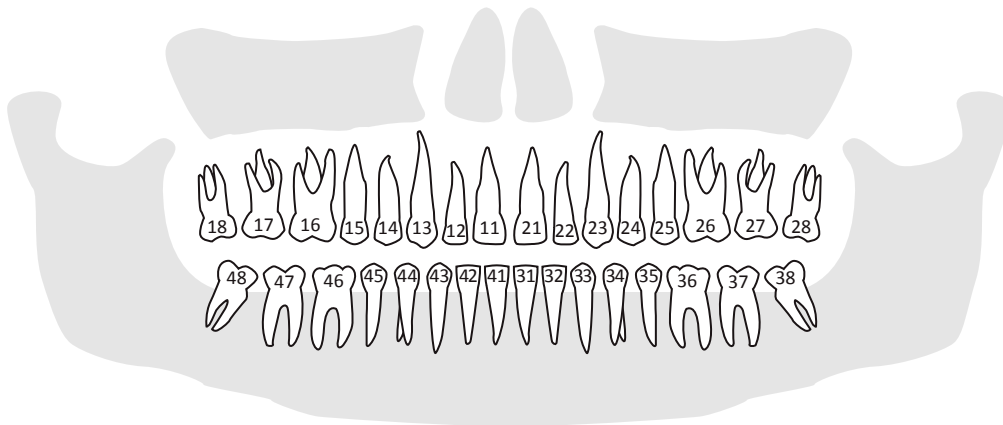
Name, Vorname des Versicherten	Überweiserstempel
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">geb am</div>	

Gerne können Sie uns den Bogen vor der Untersuchung per Fax oder Mail zukommen lassen.

## GEWÜNSCHTES VOLUMEN (Ø x H)

- 10 cm x 10 cm (gesamt)     
  10 cm x 7 cm (OK oder UK)     
  6 cm x 7 cm (lokal)     
  High Resolution

## DARZUSTELLENDEN REGIONEN (bitte mit einem Stift umkreisen)



## KLINISCHE FRAGESTELLUNG

### Dentoalveolär

- Endodontie       Traumatologie  
 Fehlstellungen       Zahnanomalien  
 Parodontologie       Knochenläsion/Zyste  
 Retinierte und verlagerte Zähne

### Implantologie

- Planung  
 Knochenangebot  
 Navigierte Implantologie

System \_\_\_\_\_

### Sonstiges

- Dentogene Fokussuche  
 Kiefergelenkdiagnostik  
 Nasennebenhöhle  
 Nase/Septum  
 Atemwege

- Rückruf vor/ nach Aufnahme erwünscht.

---



---



---

- Ich verfüge über den gültigen Fachkundenachweis DVT-Diagnostik. Die Indikation für die Aufnahme wurde durch mich gestellt. Für den gewonnenen Datensatz werde ich den Befund selbst erstellen und die notwendige Therapie einleiten. Der Patient ist darüber informiert worden, dass die DVT-Diagnostik privat in Rechnung gestellt wird.

Ort / Datum

Unterschrift und Stempel

## KONTAKT

### Zahnarztpraxis Dr. Hartmann

Schießhausstraße 182 | 86633 Neuburg a.d. Donau

Tel. 08431 86 66 | Fax 08431 49 271

E-Mail [info@zahnarztpraxis-dr-hartmann.de](mailto:info@zahnarztpraxis-dr-hartmann.de)

[www.zahnarztpraxis-dr-hartmann.de](http://www.zahnarztpraxis-dr-hartmann.de)

## TERMINE

Um unnötige Wartezeiten zu vermeiden, bitten wir Sie Ihren Termin möglichst vorab telefonisch oder per E-Mail zu vereinbaren.

## ANFAHRT

