

## DIGITALE VOLUMENTOMOGRAPHIE-DVT / 3 D RÖNTGEN

### DVT- Überweisungsformular für die 3-D-Diagnostik

#### Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Versicherung  gesetzlich  privat  
Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Sollte der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, so ist die schriftliche Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten erforderlich.

#### Überweiser

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

#### Bitte ankreuzen

Der Patient wurde informiert, dass die Kosten für die DVT-Aufnahme vor Ort bar entrichtet werden.

Rechtfertigende Indikation \_\_\_\_\_  
(z.B. KFO, Endo, Chirurgie, Implantologie, Fokussuche)

Klinische Fragestellung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Scananforderung  Oberkiefer (4x8)  Unterkiefer (4x8)  Beide Kiefer (10x8)  Ein Quadrant (4x8)

Die DVT- Aufnahme wird im DICOM- Format auf einem Datenträger mit einer kostenlosen Viewer-Software mit Auswertung zur Verfügung gestellt. Bei besonderen Fragestellungen können wir Sie auf Wunsch auch gerne telefonisch kontaktieren.

Anruf erwünscht  Ja  Nein