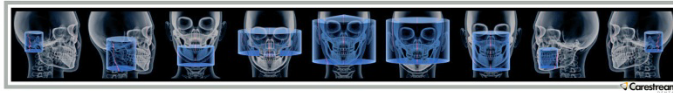


DVT-ZENTRUM NIEDERRHEIN



DREIDIMENSIONALE BILDGEBUNG IN DER ZAHN- UND HNO-HEILKUNDE

Praxisstempel:

Rheinstr. 20
40668 Meerbusch
mail@dvt-nr.de
Tel.: 02150 7098630
Fax: 02150 7098632

int. Patienten-Nr. Termin am:

Name: Vorname:

Geb.- Datum: Versicherung: privat Selbstzahler

Straße / Haus-Nr.: PLZ / Ort:

Telefon: letzte Aufnahme:.....

Der Patient wird für folgende Leistung überwiesen:

Digitale Volumentomografie

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oberkiefer | <input type="checkbox"/> mit Röntgenschablone |
| <input type="checkbox"/> Unterkiefer | <input type="checkbox"/> mit Röntgenschablone |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenk | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Ohr / Mastoid /Petrosum | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Sinus | <input type="checkbox"/> Pharynx |

Fragestellung / Indikation:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Implantation | <input type="checkbox"/> Augmentation | <input type="checkbox"/> Parodontaldiagnostik |
| <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie | <input type="checkbox"/> Endodontie | <input type="checkbox"/> Fokussuche |
| <input type="checkbox"/> Dysplasie | <input type="checkbox"/> Neoplasie | <input type="checkbox"/> Aplasie |
| <input type="checkbox"/> Trauma-Diagnostik | <input type="checkbox"/> Lagekontrolle von Cochlea-Implantat / Stapesplastik | |
| <input type="checkbox"/> Obstruktionen | <input type="checkbox"/> Inflammatio | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Indikation: | | |