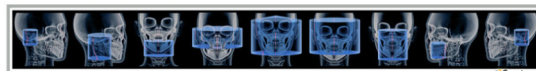


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt Nr.	VK gültig bis	Datum

DVT-ZENTRUM NIEDERRHEIN



DREIDIMENSIONALE BILDGEBUNG IN DER ZAHN- UND HNO-HEILKUNDE

AM WASSERTURM 1, 40668 MEERBUSCH

WWW.DVT-ZENTRUM-NIEDERRHEIN.DE

RDENTGEN@DVT-NR.DE

TEL.: 0179 6966173, FAX: 02150 700806

Überweisung zur Durchführung einer digitalen Volumentomografie

Verdachtsdiagnose:

Praxisstempel

Kommentar:

☐ Bitte Patient anrufen:

☐ Bitte Rückruf mit der Praxis:

Gewünschtes Volumen (FOV =Field of View):

☐ 5x5 cm ☐ 8x8 cm ☐ 10x5 cm ☐ 10x10 cm ☐ 17x6cm ☐ 17x11cm ☐ 17x13,5cm

Darzustellende Region:

☐ Oberkiefer ☐ mit Scanschablone ☐ mit separater Aufnahme der Scanprothese

☐ Unterkiefer ☐ mit Scanschablone ☐ mit separater Aufnahme der Scanprothese

☐ Sinus maxillaris ☐ Sinus frontalis ☐ Sinus ethmoidalis ☐ Sinus sphenoidalis

☐ Auris media ☐ Antrum mastoideum

☐ Kiefergelenk

Rechtfertigende Indikation:

☐ Implantation ☐ Augmentation ☐ Parodontaldiagnostik ☐ Endodontie

☐ Inflammatio ☐ Neoplasie ☐ Traumadiagnostik ☐ Fokussuche

☐ Sonstige Indikationen: