



ÜBERWEISUNG ZUR DIGITALEN VOLUMENTOMOGRAPHIE (DVT)

Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherung: gesetzlich privat Aufnahme soll mit mitgebrachter Schablone angefertigt werden

Indikation/ Teilgebiet/ klinische Fragestellung

- Oral- /Kieferchirurgie
 • Verlagerte Zähne (Weisheitszahn/ Eckzahn/ andere: _____)
 • Entzündliche Prozesse
 • Zyste
 • Speichelstein regio: _____
 • Sinusitis maxillaris

- Implantologie
 • Implantatplanung OK regio: _____ UK regio: _____

- Kieferorthopädie
 Kiefergelenkdiagnostik
 Parodontologie
 Endodontologie

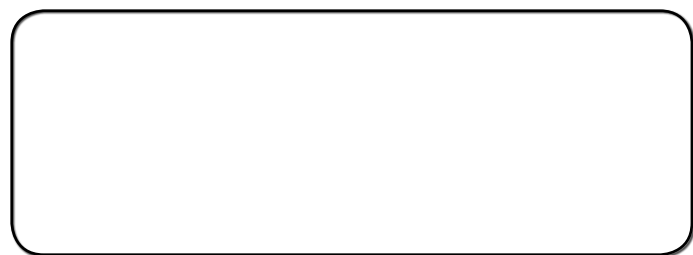
Fragestellung und Region, die dargestellt werden soll:

Sonstige Fragestellung oder Bemerkung: _____

Gewünschte Datenübermittlung:

- Datensatz mit Viewer auf CD
 Rohdatensatz auf CD (Dicom) Datensatz soll in folgendes System importiert werden:
 Ich möchte die Auswertung selbst vornehmen und versichere, dass ich über die DVT- Fachkunde verfüge

- Der Patient ist darüber informiert, dass die 3D- Diagnostik privat bezahlt werden muss
 • Die Kosten richten sich dabei nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) **5370 und bei hohem Aufwand zzgl. 5377**



Stempel des Überweisers:

Datum:

Unterschrift:

Bei chirurgischer/implantologischer Fragestellung:

- Ich wünsche, dass die Patientin / der Patient in Ihrer Praxis weiterbehandelt wird