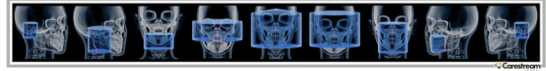


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt Nr.	VK gültig bis	Datum

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.: 0176 42153671, 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: