

Überweisung zur digitalen Volumentomographie (DVT)

Patient:

Überweiser (Praxisstempel):

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Telefon:

Der Patient ist informiert, die 3 D-Aufnahme nach der Erstellung per EC-Karte oder auf Rechnung zu bezahlen.

Spezifische klinische Fragestellung:

.....
.....

3D-Implantatplanung

Implantatsystem (Hersteller, Typ):

Implantatregion:

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

- Aufnahme des Kiefers **ohne Schablone**
- Aufnahme des Kiefers **mit intraoraler Schablone**

Ort, Datum

Unterschrift des Überweisers