



DVT - Überweisungsformular für die 3 D-Röntgendiagnostik

Patient: Name Vorname
Geb.Datum Versicherung : gesetzlich privat
Straße, Hausnr. PLZ/Ort
Telefon E-Mail

Sollte der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, benötigen wir die schriftliche Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten.

Überweiser : Titel
Name Vorname
Straße, Hausnr. PLZ/Ort
Telefon E-Mail

Bitte ankreuzen:

- Der Patient wurde informiert, dass die 3D-Aufnahme gleich nach Anfertigung im DVT-Zentrum Hannover per EC-Karte oder bar zu bezahlen ist.**

Zahnärztliches/ärztliches Fachgebiet der rechtfertigenden Indikation:
(z.B. KFO, ENDO, IMPLANTOLOGIE etc.)

Klinische Fragestellung :

Scananforderungen :

- mit Schablone ohne Schablone
 Oberkiefer Unterkiefer beide Kiefer

- Gewünschte Daten: DVT-Aufnahme als DICOM-Daten auf CD mit kostenloser Viewer-Software – **mit** Auswertung und Visualisierung
 DVT-Aufnahme als DICOM-Daten auf CD mit kostenloser Viewer-Software – **ohne** Auswertung und Visualisierung als Farbausdruck und PDF-Dokument
 Informationsmaterial / Patientenbroschüren / Visitenkarten