



ÜBERWEISUNG ZUR DIGITALEN VOLUMENTOMOGRAPHIE (DVT)

PATIENTENANGABEN

Herr / Frau Name _____ Vorname _____ geb. _____

VERSICHERT BEI _____ gesetzlich privat Basistarif

RECHTFERTIGENDE INDIKATION / FRAGESTELLUNG:

- verlagerte Zähne
- entzündliche Prozesse
- Zyste
- Speichelsstein
- sonstige Fragestellung oder Bemerkung:
- Implantatplanung
- Kiefergelenksdiagnostik
- Parodontologie
- Endodontie

Fragestellung und darzustellende Region:

VOLUMENGRÖSSE

- Volumen bitte nach Fragestellung richten:
- ø 4 x 4 cm ø 4 x 8 cm ø 8 x 9 cm

GEWÜNSCHTE DATENÜBERMITTLUNG

- Datensatz mit Viewer auf CD
- Ich verfüge über die erforderliche DVT-Fachkunde und nehme die Auswertung selbst vor
- Aufnahme mit vorhandener Schablone erstellen
- Rohdatensatz auf CD (Dicom)

Der Patient ist darüber informiert, dass die Anfertigung eines DVT eine Privatleistung darstellt.
Die Berechnung erfolgt nach GOÄ Nr. 5370, bei hohem Aufwand zzgl. Nr. 5377

Datum

Stempel und Unterschrift

