

Überweisung zur Dentalen Volumentomographie

Name, Vorname, Geb.-Datum

Telefonnummer

Mobil

Der/Die Patient/in wird für folgende Leistungen überwiesen:

Oberkiefer mit Röntgenschablone Unterkiefer mit Röntgenschablone

Schablonentyp (z. B. MED-3D, SIMPLANT-Materialise, Nobelguide): _____

Aufnahme des Kiefers mit intraoraler Schablone sowie der isolierten Schablone

Implantologie Region: _____

Parodontologie Region: _____

Endodontologie Region: _____

Kieferorthopädie

Kiefergelenk links rechts Kieferhöhle links rechts

Besondere Fragestellung/Bemerkung

Praxisstempel

Datum / Unterschrift