



Zentrum für Innovative ZahnMedizin
Fränkische Str. 36 ♦ 30455 Hannover ♦ 0511/472222
www.Praxis-Stockleben.de

Überweisungsformular für die DVT-Röntgendiagnostik (DVT)

Patient:

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ Haus-Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Tel: _____ E-Mail: _____
Versicherung: GKV PKV

Überweiser-Praxis:

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ Haus-Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Tel: _____ E-Mail: _____

Bitte ankreuzen:

- Dem Patienten wurde mitgeteilt, dass das DVT gleich nach Anfertigung per EC-Karte, bzw. in Bar zu bezahlen ist.
- Die Kosten werden von der Überweiser-Praxis beglichen. Eine entsprechende Rechnung wird an die Überweiser-Praxis versendet.

Die **Dicom-Daten** werden als CD mit Viewer dem **Patienten** oder der **Praxis** übergeben.

Klinische Indikation: Implantat PAR Endo sonstiges: _____

Scangröße: Ok UK FRS 8x8 cm sonstiges: _____

Auflösung: 0,25 0,3 0,4 sonstiges: _____

Implantatschiene: ja nein _____

Sonstiges: _____
