

DVT-Anforderung

Formular bitte faxen: 02232 - 577 8301
oder direkte Terminabsprache unter: 02232 - 577 8300

Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Mobilnummer

Region

- Oberkiefer rechts links front gesamt
- Unterkiefer rechts links front gesamt
- Kiefergelenk rechts links beide
- Nasennebenhöhlen Sinus maxillaris Sinus sphenoidalis
- Innenohr rechts links beide
- Gesichtsschädel
- Sonstiges _____

Indikation/Fragestellung

- Implantatplanung
 - mit Implantatschablone/Scanprothese
 - wird vom Patienten mitgebracht
 - wird vom Labor geliefert
 - Bitte um Terminvereinbarung zur Onlineplanung zusammen mit MKG Brühl
 - DICOM-Datensatz auf CD/DVD
- Endodontologie
- Paradontologie
- Sonstige Fragestellung _____

Praxisstempel

- Der Überweiser verfügt über die DVT-Fachkunde
- Rechnung an den Patienten
- Rechnung an den Überweiser

Unterschrift