



Überweisung zur Digitalen Volumentomographie (DVT)

(bitte ankreuzen)

Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherung: gesetzlich privat Aufnahme soll mit mitgebrachter Schablone angefertigt werden.

Indikation/ Teilgebiet/ klinische Fragestellung

Oral-/ Kieferchirurgie

- verlagerte Zähne: Weisheitszähne Eckzähne andere: _____
- entzündliche Prozesse, Osteolysen
- Zyste Mesiodens
- Speichelstein Odontom regio: _____
- Sinusitis maxillaris V. a. Fraktur

Implantologie

- Implantatplanung OK regio: _____ UK regio: _____

HNO-Heilkunde

- Nasenatmungsbehinderung Chronische Sinusitis
- Unklare Cephalgie Nasenbeinfraktur Orbitabodenfraktur
- Unklare Schallleitungsschwerhörigkeit Ausschluss Labyrinthfistel
- Chronische Otitis media Kontrolle vor und nach Cochlearimplantation
- Chronische Mastoiditis Darstellung des Ductus endolymphaticus bei M. Menière
- andere:

Kieferorthopädie

Kiefergelenkdiagnostik

Parodontologie

Endodontologie

Schlafmedizin

Fragestellung und Region, die dargestellt werden soll:

ggf. Angaben: Field of View: _____ cm mal _____ cm Voxel: _____ vx

sonstige Fragestellung oder Bemerkung: _____

Gewünschte Datenübermittlung:

DICOM-Datensatz mit Viewer auf CD (auch in Auswertungsprogramme exportierbar)

Ich möchte die Auswertung selbst vornehmen und versichere, über die DVT-Fachkunde zu verfügen. Datensatz soll in folgendes System importiert werden: _____

Adresse des Überweisers:

Name _____

Straße _____

PLZ/ Ort _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

- Der Patient ist darüber informiert, dass die 3D-Aufnahme am Untersuchungstag in bar oder per EC-Karte bezahlt werden muss.
- Die Kosten für die Untersuchung übernimmt der Überweiser (bei Auswertung durch den Überweiser). Die Rechnung wird ihm zugesandt.

Datum _____

Stempel und Unterschrift _____

Bitte alle bereits vorhandenen Röntgenbilder zur Untersuchung mitgeben!

Bei chirurgischer/ implantologischer Fragestellung:

Ich wünsche, dass die Patientin/ der Patient in Ihrer Praxis weiterbehandelt wird.