



Anmeldung zur 3-dimensionalen Diagnostik (DVT)

_____, geb. _____

(Patientenname)

Bei meinem o.g. Patienten liegt folgende Fragestellung vor:

Bitte erstellen Sie bei meinem o.g. Patienten eine Digitale Volumentomographie.

Für Rückfragen erreichen Sie mich unter Tel: _____

Gewünschtes Field of View:

- Unterkiefer
- Oberkiefer
- Oberkiefer mit Sinus maxillaris
- Unterkiefer und Oberkiefer
- mit Schablone im Unterkiefer Oberkiefer

Datenübermittlung:

Sie erhalten den DVT-Datensatz auf einer CD. Bitte wählen Sie, welche Datenübermittlung Sie bevorzugen:

- Daten mit Viewer nur DICOM-Daten

Sonstiges:

(CD mit Datensatz und Viewer-Software wird Patient mitgegeben)

Datum:

Unterschrift:

Praxisstempel: