ZAHN
ÄRZTE
/TZEHOE
NOVIZKY & KOLLEGEN

ZAHNARZTPRAXIS FÜR ZAHNERHALTUNG UND IMPLANTOLOGIE ▫ DVT-DIAGNOSTIK

Überweisungsformular

Gerne können Sie uns dieses Formular vor der Untersuchung per Fax, Post oder Email zukommen lassen.

Patientendaten

Name, Vorname_____ Geburtsdatum_____

Straße, Hausnummer_____ PLZ/Ort_____

Telefonisch erreichbar_____ Versicherung GKV ☐ PKV ☐

Indikation / Teilgebiet / klinische Fragestellung

Implantologie OK regio_____ UK regio_____

Schablone vorhanden ja ☐ nein ☐

Dento-alveoläre Chirurgie regio_____ Parodontologie regio_____

Endodontie regio_____ Kieferorthopädie regio_____

Sonstige Fragestellung oder Bemerkungen_____

_____

Gewünschte Bildgröße:

Quadrant_____ _____ Oberkiefer ☐ Unterkiefer ☐ Ober-u. Unterkiefer ☐

Datenübermittlung:

Dicom-Datensatz mit Viewer auf CD, diese senden wir Ihnen zu.

Auswertung:

☐ Diagnostik und Befundung

☐ Ich möchte die Auswertung selbst vornehmen und besitze die Fachkunde DVT nach RöV.
(Der Fachkundenachweis ist einmalig in Kopie erforderlich)

Bitte angeben:

☐ Der Patient ist über entstehende, privat zu tragende, Kosten informiert.

_____

Praxisstempel Datum/ Unterschrift

Zahnarzt: B. Novizky DVT-Diagnostik
Adresse: Dietrich-Bonhoeffer-Straße 23, 25524 Itzehoe
Telefon: 04821/74026
Telefax:04821/74027
Email: info@zahnarzt-itzehoe-novizky.de
Website: www.zahnarzt-itzehoe-novizky.de