



## ÜBERWEISUNG ZUR DENTALEN 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  
 Fraktur: \_\_\_\_\_  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.

### 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.

Bitte alle bereits vorhandenen Röntgenbilder zur Untersuchung mitgeben!

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

### Bei chirurgischer/ implantologischer Fragestellung:

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift