

ADMINISTRATIVE ANGABEN

Praxis (Ausfüllen oder Stempel)

Zahnarztpraxis:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Zahnarzt/-ärztin:

Telefon:

E-Mail:

Patient:in

Name, Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Garant:in

☐ Selbstzahler:in

☐ UVG / IV / MV

☐ KVG

☐ Ergänzungsleistungen

☐ Andere:

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

☐ DVT-Bildgebung

SPEZIFIKATIONEN

Volumen:

☐ Zahn / Region: (4 x 4 cm)

☐ Ober- ODER Unterkiefer (8 x 4 cm)

☐ Ober- UND Unterkiefer (8 x 8 cm)

☐ MKG-Bereich / Gesamter Schädel (15 x 14 cm)

Aufnahmequalität:

☐ High Resolution

☐ Standard

☐ Low Dose

Bisssperrung:

☐ Mit Bisssperrung

☐ Ohne Bisssperrung

☐ Situativ, wie sinnvoll

INDIKATION / KLINISCHE FRAGESTELLUNG

.....

.....

.....

.....

ÜBERMITTLUNG DATEN

☐ Datensatz an Überweiser:in

oder

☐ Datensatz an Patient:in