

## ÜBERWEISUNG ZUR 3D-IMPLANTATDIAGNOSTIK

### PATIENTENDATEN

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### TERMINVEREINBARUNG

Tel.: 0611 - 450 666 70

E-Mail: [termin@derawi.de](mailto:termin@derawi.de)

Kontaktformular unter: [www.derawi.de/termine](http://www.derawi.de/termine)

Nächster Termin des Patienten in Ihrer Praxis:

Tag & Zeit: \_\_\_\_\_

### ANFORDERUNGEN AN DIE DVT-AUFNAHME

#### 1) Verwendung einer Schablone?

DVT mit Schablone (Schablone dem Patienten bitte mitgegeben)

DVT ohne Schablone

#### 2) Region der Aufnahme

Oberkiefer

Unterkiefer

Einzelzahn

#### 3) Implantate sind in folgenden Lokalisationen geplant

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

Die Implantate sollen ggf. folgendermaßen positioniert werden:

subcrestal

equicrestal

supracrestal

#### 4) Besondere Anmerkungen / Fragestellungen

---

---

---

---

## OPTIONEN FÜR DIE BEREITSTELLUNG DER REKONSTRUIERTEN DICOM-DATEN

- keine DICOM-Daten erwünscht
  - nur DICOM-Daten
  - Patient/in DICOM-Daten auf CD mitgeben
  - DICOM-Daten mit kostenloser Viewer-Software
  - Versand der DICOM-Daten per Post
- 

## VERSANDOPTIONEN FÜR DEN BEFUNDBERICHT

- auf CD per Post
  - sicheres Portal der KZVH
- 

## ÜBERWEISERDATEN

Titel \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### Bitte wählen Sie unter folgenden Optionen:

- Der Patient / die Patientin ist darüber informiert, dass die 3D-Aufnahme gleich nach der Erstellung bei DERAWI per EC-Karte zu bezahlen ist.
- Die Kosten für die Erstellung der Aufnahme übernimmt der Überweiser. Bitte senden Sie eine Rechnung an diesen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort, Unterschrift des Überweisers

