

ÜBERWEISUNG ZUR KRANIOFAZIALEN 3D-DIAGNOSTIK

PATIENTENDATEN

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

TERMINVEREINBARUNG

Tel.: 0611 - 450 666 70

E-Mail: termin@derawi.de

Kontaktformular unter: www.derawi.de/termine

Nächster Termin des Patienten in Ihrer Praxis:

Tag & Zeit: _____

ANFORDERUNGEN AN DIE DVT-AUFNAHME

1) Teilgebiet der rechtfertigenden Indikation

Oralchirurgie

Endodontologie

Kieferchirurgie

Parodontologie

2) Region der Aufnahme

Einzelzahn

Unterkiefer

Oberkiefer

beide Kiefer

3) Folgender Einzelzahn soll abgebildet werden

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

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

