

DVT-Diagnostik-Zentrum Höxter

Ludwig-Eichholz-Straße 15a | 37671 Höxter | Telefon 05271 6989-0 | Telefax 05271 6989-29

Überweiserbogen

DR. MICHAEL GROBITZSCH & KOLLEGEN

Telefon: 05271-49 79 48 0

Bitte faxen Sie diesen Bogen an
Telefax: 05271-49 79 48 99

Patient

Name _____ Straße, Nr. _____

Vorname _____ PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Zahnheilkunde



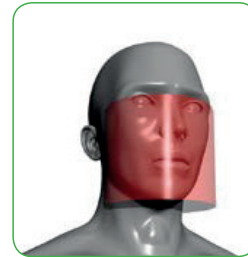
■ Ø 60 × 60 mm



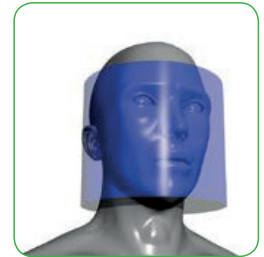
■ Ø 80 × 80 mm



■ Ø 120 × 80 mm



■ Ø 150 × 130 mm



■ Ø 200 × 170 mm

Voxelgröße 0,15/0,20 mm

0,2 mm

0,3/0,4/0,5 mm

HNO, KFO, MKG 0,3 mm

Rechtfertigende Indikation

- | | | | | | | |
|---|---|--|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Implantologie | <input type="checkbox"/> Endodontologie | <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> OK | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Front |
| <input type="checkbox"/> Parodontologie | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie | <input type="checkbox"/> Dentoalveolär | <input type="checkbox"/> UK | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Front |

Region

Spezifische klinische Fragestellung

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesichtsschädel | <input type="checkbox"/> NNH |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenke | <input type="checkbox"/> Kieferhöhle |
| <input type="checkbox"/> Mittelohr | <input type="checkbox"/> _____ |

Klinische Besonderheiten

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> LKG-Spalte | <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Augmentation (Region, Material, Datum) |
| <input type="checkbox"/> Aktuelle Frakturen | _____ | _____ |

Überweisende Praxis (Stempel)

- Der Patient wurde über private Leistung informiert

Nächster Behandlungstermin

Datum, Unterschrift