



WHITE WAYS

ÄSTHETISCHE ZAHNHEILKUNDE MÜNCHEN

Lindwurmstraße 151
80337 München
T. 089 - 77 47 43
F. 089 - 76 70 49 10
praxis@white-ways.de
www.white-ways.de

ÜBERWEISUNG ZUR DIGITALEN VOLUMENTOMOGRAPHIE (DVT)

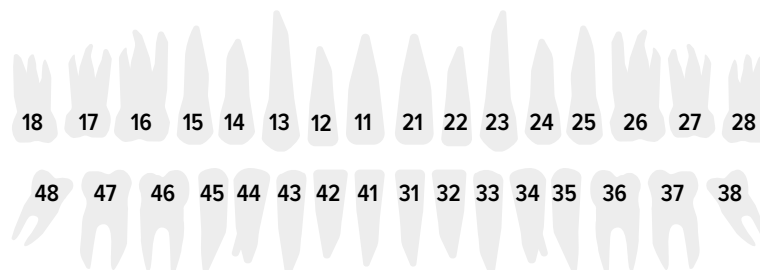
Name, Vorname des Versicherten Geburtsdatum GKV PKV Überweiserstempel

Gerne können Sie uns den Bogen vor der Untersuchung per **Fax an 089 - 76 70 49 10** oder per **Mail an praxis@whiteways.de** zukommen lassen.

GEWÜNSCHTES VOLUMEN (ØxH)

8x9 cm (gesamt) 8x5cm (OK oder UK) 10x7 cm (OK oder UK) 6x7 cm (lokal) 5x5 cm (lokal)

DARZUSTELLENDEN REGIONEN (BITTE MIT EINEM STIFT UMKREISEN)



KLINISCHE FRAGESTELLUNG

Dentoalveolär

Endodontie
 Fehlstellungen
 Parodontologie
 Rentierte & verlagerte Zähne

Traumatologie
 Zahnanomalien
 Knochenläsion/Zyste

Implantologie

Planung
 Knochenangebot
 Navigierte Implantologie

System: _____

Sonstiges

Dentogene Fokussuche
 Kiefergelenksdiagnostik
 Nasennebenhöhle
 Nase/Septum
 Atemwege

Sonstiges: _____

Rückruf vor/nach Aufnahme erwünscht Bitte um Diagnostik und Befundung durch Viktoria Appel

Ich verfüge über den gültigen Fachkundenachweis DVT-Diagnostik. Die Indikation für die Aufnahme wurde durch mich gestellt.
Für den gewonnenen Datensatz werde ich den Befund selbst erstellen und die notwendige Therapie einleiten.
Der Patient ist darüber informiert worden, dass die DVT-Diagnostik privat in Rechnung gestellt wird.

Ort/Datum

Unterschrift & Stempel

TERMINE

Um unnötige Wartezeiten zu vermeiden, bitten wir Sie Ihren Termin möglichst vorab **telefonisch, per E-Mail oder per Doctolib** zu vereinbaren.

RÖ-DATEN (DICOM) BITTE

als CD übersenden als zip-Datei per E-Mail
 als USB-Stick übersenden/dem Patienten mitgeben