

Anmeldung zur digitalen Volumentomographie (DVT)



PD DR. DR. F. DUTTENHOEFER & P. SCHWAN
FACHÄRZTE FÜR MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE

Patienteninformation BITTE AUSFÜLLEN

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße/Hausnummer _____ PLZ/Ort _____ Telefonnummer _____

Besteht eine Schwangerschaft?

nein ja

Letzte Röntgenuntersuchung

_____ Datum

Bei Minderjährigen

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei meinem Kind eine DVT-Untersuchung in der **MKG AM ZIEGELTURM** durchgeführt werden darf.

Gesetzliche/r Vertreter/in Herr / Frau

Vor-/Nachname / Ort / Datum / Unterschrift

WIRD VON DER ÜBERWEISENDEN PRAXIS AUSGEFÜLLT

Medizinische Indikation

(bei vorhandener DVT-Fachkunde - Rechtfertigende Indikation (§ 83 (3) StrlSchG / § 119 StrlSchV)

Fokussuche in Regio _____

vor Extraktion in Regio _____

Implantatplanung in Regio _____

andere/spezielle Fragestellung _____

DICOM-Datensatz zusätzlich als Email-Link erwünscht

Anfordernde/r Zahnärztin/-arzt
Name, Vorname

Praxisstempel/Unterschrift