hno-zentrum
fürstenfeldbruck

Digitale Volumentomographie (DVT)

Bahnhofstraße 2
82256 Fürstenfeldbruck
Tel. 08 141-92 397
Fax 08 141-91 866
info@hno-zentrum-ffb.de

Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE45 3006 0601 0105 1413 34

ÜBERWEISUNG

zur digitalen Volumentomographie (3D-DVT)

Terminvergabe unter Tel.: 08 141-92 397

Indikation / klinische Fragestellung / Bemerkung

.....

....

....

Gewünschte Untersuchung

HNO

NNH ◯ gesamt

Ohrbereich mit Mastoid (Felsenbein) ◯ gesamt ◯ links ◯ rechts

Mittelgesicht (Jochbein / Jochbögen) ◯ gesamt

Zähne / Kiefer

Ober- und Unterkiefer ◯ gesamt

◯ gesamt mit Kiefergelenken

◯ Teilbereich ◯ OK regio ..... bis .....

◯ UK regio ..... bis .....

Gesichtsschädel ◯ gesamt

Kieferhöhle ◯ beidseits ◯ links ◯ rechts ◯ oder regio .....

Kiefergelenk ◯ beidseits ◯ links ◯ rechts

Sonstige: ◯ .....

.....

Patienteninformationen

Name: .....

Vorname: .....

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

Versicherung

◯ Privat

◯ GKV
(der Patient ist darüber informiert, dass die Aufnahme gleich nach der Erstellung bar / per EC zu bezahlen ist.)

Datentransfer

◯ DVD mit kostenloser Viewersoftwar

◯ DICOM Format zusätzlich gewünscht

Überweiser Name / Stempel

.....

Datum Unterschrift