3D-Diagnostikzentrum Köln am Rheinbogen

3D-DVT-Überweisungsbogen zahnärztlich

Name, Vorname - Adresse des Patienten

geb. am

Datum

Überweisung zur strahlungsarmen digitalen Volumentomographie (3D-DVT)

3D DVT Köln am rheinbogen

Ihr DVT Termin: Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa.

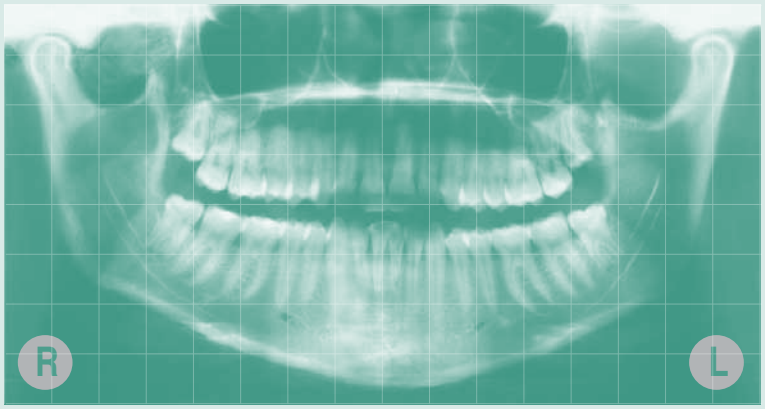
Datum Uhrzeit

Terminvergabe / Zentrale 02203 - 591949

Indikation:

- ☐ Dentoalveolär
- ☐ Fokussuche / Sanierungsplanung
- ☐ Endodontie
- ☐ Parodontologie
- ☐ Kieferorthopädie
- ☐ MKG (Traumatologie / Dysgnathie)
- ☐ Implantologie (s. extra Überweisungsbogen)

Klinische Fragestellung / Bemerkungen:



(Gewünschtes Mindestfeld bitte hier skizzieren)

Ober- und Unterkiefer
- ☐ gesamt
- ☐ gesamt mit Kiefergelenken
- ☐ Teilbereich OK regio _____ bis _____ UK regio _____ bis _____

nur Oberkiefer ☐ gesamt ☐ oder regio _____

nur Unterkiefer ☐ gesamt ☐ oder regio _____

Gesichtsschädel
- ☐ gesamt /170er Fenster)
- ☐ KFO-3D-Kephalometrie

Kieferhöhle ☐ beids. ☐ links ☐ rechts ☐ oder regio _____

Kiefergelenke ☐ beids. ☐ links ☐ rechts

Datentranfer:
- ☐ DVD mit kostenloser Viewer-Software
- ☐ DICOM Format zusätzlich gewünscht

Mitgegebene Unterlagen:

☐ OPG ☐ Zahnfilmaufnahmen ☐ sonstiges _____

☐ dem Patieten wieder mitgeben / ☐ an Praxis zurückschicken

Rechnung an:

☐ Überweiser / ☐ Patient

☐ Der Patient wurde über die private Leistung informiert

Überweiser:

☐ besitzt die Fachkunde für DVT nach der RöV

☐ ist Mitglied des Qualitätszirkels 3D-DVT-Diagnostik-Köln

Rückruf

☐ vor / ☐ nach Aufnahme gewünscht

DVD:

☐ dem Patienten direkt mitgeben / ☐ an die Praxis senden

wird benötigt bis _____

Überweiser Name/Stempel:

Datum Unterschrift

Bitte faxen Sie diesen Bogen vorab an: **02203 - 592009**

Der oben genannte Patient wir für die Erstellung eines DVT's überwiesen. Für die sich daraus ergebenden therapeutischen Schlussfolgerungen und Behandlungen ist der behandelnde Arzt / Zahnarzt verantwortlich.

DVT-ZÜ-01