

## Überweisung für ein dentales Volumentomogramm (DVT)

### Wunschtermin

Datum  Uhrzeit

### Patientenangaben

Herr  Frau

Vorname  Nachname

Geburtsdatum

Adresse

PLZ  Ort

Land  Telefon

Mobil  E-Mail

### Klinische Angaben und röntgenologische Fragestellung

### Anordnende(r) Arzt/Praxis

Arzt  Praxis

Rechnung an  Überweiser  Patient

Ich wünsche telefonische Besprechung des Befundes inkl. CD mit allen Daten

Ich wünsche nur CD mit allen Daten

Ort Datum  Unterschrift des Überweisers:

**Ausdrucken, unterschreiben und per Post oder Fax 043 243 80 01 retournieren**