

Name, Vorname - Adresse des Patienten	
	geb. am
	Datum

Überweisung zur strahlungsarmen digitalen Volumentomographie (3D-DVT)

Indikation HNO:

- Pansinusitis
 Sinusitis maxillaris
 Nasenatmungsbehinderung
 Nasenbeinfraktur
 Unklare Cephalgie
 Unklare Schalleitungsstörung
 Otitis media
 Mastoiditis
 Schlafmedizin
 Andere _____

Klinische Fragestellung / Bemerkungen:

Mitgegebene Unterlagen:

- Röntgenaufnahmen sonstiges _____
 dem Patienten 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 _____

3D DVT Köln am Rheinbogen



Ihr DVT Termin:

Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa.

Datum _____

Uhrzeit _____

Terminvergabe / Zentrale 02203 - 591949



(Gewünschtes Mindestfeld bitte hier skizzieren)

NNH

- rechts beidseits links

Sinus maxillaris

- rechts beidseits links

Gesamter Gesichtsschädel

(inkl. Ohr, NNH, Kiefergelenke)

Ohrbereich mit Mastoid

- rechts beidseits links

Mittelohr

- rechts beidseits links

Sonstiges _____

Datentransfer:

- DVD mit kostenloser Viewer-Software
 DICOM Format zusätzlich gewünscht

Überweiser Name/Stempel:

Datum _____

Unterschrift _____

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