

Name, Vorname - Adresse des Patienten	
	geb. am
Datum	

Überweisung zur strahlungsarmen digitalen Volumentomographie (3D-DVT)

Indikation Implantologie

Implantate geplant in:

R OK Regio	OK Regio L																																
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> </tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> </tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11																										
21	22	23	24	25	26	27	28																										
48	47	46	45	44	43	42	41																										
31	32	33	34	35	36	37	38																										
R UK Regio	UK Regio L																																

- Implantattyp _____ Sinuslift geplant
- Nur DVT-DVD mit Viewer-Software
- zusätzliche Screenshot-Implantatplanung
- zusätzliche Software-Implantatplanung
- DICOM-Daten auf DVD für:
- Med 3D Simplant / Facilitate NobelGuide SICAT

Klinische Fragestellung / Bemerkungen:

- Mitgegebene Unterlagen:
- OPG Scanschablone sonstiges _____
- dem Patienten wieder mitgeben / an Praxis zurück schicken

- 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

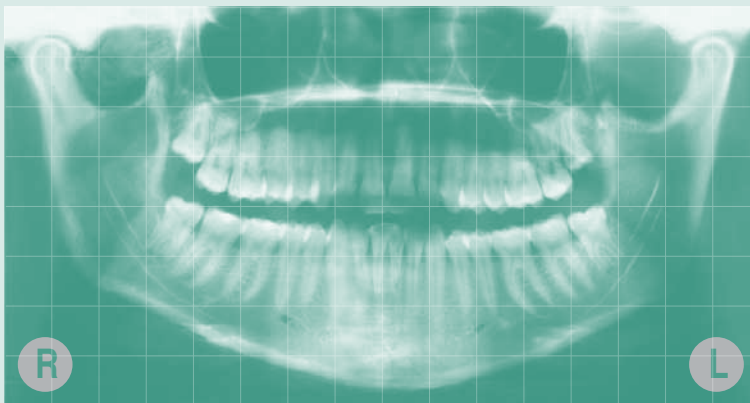
wird benötigt bis _____

3D DVT Köln am Rheinbogen

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

Datum _____ Uhrzeit _____

Terminvergabe / Zentrale **02203 - 59 19 49**



(Gewünschtes Mindestfeld bitte hier skizzieren)

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

- nur Oberkiefer gesamt oder regio _____

- nur Unterkiefer gesamt oder regio _____

- Einzelne DVT-Aufnahme mit Scanschablone
- Double-Scan-Verfahren

- Scanschablone / Scanprothese:
- wurde auf Passung geprüft
- wurde mit Markern versehen
- wird vom Patienten mitgebracht
- wird vom Labor _____ an 3D-Zentrum gesendet

Überweiser Name/Stempel:

Datum _____ Unterschrift _____

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