



# Überweisung zur digitalen Volumentomographie (DVT)

Name, Vorname des Versicherten

Untersuchungsregion

<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> beide Kiefer
<input type="checkbox"/> OK rechts	<input type="checkbox"/> UK rechts	
<input type="checkbox"/> OK links	<input type="checkbox"/> UK links	
<input type="checkbox"/> OK Front	<input type="checkbox"/> UK Front	

Klinische Fragestellung

<p>Dentoalveolär</p> <p><input type="checkbox"/> Regio: <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Endodontie</p> <p><input type="checkbox"/> Parodontologie</p> <p><input type="checkbox"/> Fehlstellungen/Zahnanomalien</p> <p><input type="checkbox"/> Retinierte und verlagerte Zähne</p> <p><input type="checkbox"/> Zysten</p>	<p>Implantologie</p> <p><input type="checkbox"/> Planung</p> <p><input type="checkbox"/> Knochenangebot</p> <p><input type="checkbox"/> mit Schablone</p>	<p>Andere</p> <p><input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen</p> <p><input type="checkbox"/> Nase/Septum</p>
<p>Rückruf vor/nach Aufnahme erwünscht? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>		

Die DICOM-Datei wird mit einem Viewer auf eine CD/DVD gebrannt und dem Patienten mitgegeben. Der Patient ist informiert worden, dass die DVT-Diagnostik privat in Rechnung gestellt wird. Die Kosten richten sich nach GOÄ 5370 und GOÄ 5377.

Ort

Datum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Unterschrift & Stempel