

Zuweisung zur Digitalen Volumentomographie

Zuweisende/r Arzt/Ärztin: *(Bitte Adresse für Befundübermittlung bekanntgeben)*

Patient/Patientin:

Fragestellung / gewünschte Untersuchung:

Gewünschtes Abbildungsvolumen:

Unterkiefer	
Oberkiefer	
Oberkiefer + Unterkiefer	
Oberkiefer + Sinus max.	
Teilvolumen	

Regio: _____

Spezielle Anforderungen:

Implantatplanung angestrebt		
Low-dose Protokoll gewünscht		
Bildübermittlung mit		USB Stick
		CD Rom
		File-sender, verschlüsselt email-Adresse:
Sonstiges		

Terminvereinbarung unter: 0316/826606

Montag bis Freitag 8 – 13 Uhr

Dienstag 13-15 Uhr

Donnerstag 14-16 Uhr