

Überweisung zur strahlungsarmen digitalen Volumentomographie (DVT)

für MKG / ZM / Implantologie

Krankenkasse	
Name, Vorname – Adresse des Patienten	Geb.-Datum

Klinische Fragestellung / Bemerkungen:

Der Patient wird überwiesen zur Anfertigung folgender Aufnahme:

DVT OPG FRS

Handwurzel

Röntgen-Video: sagittal coronal

Indikation:

- Dentalveolär Endodontie
 Fokussuche / Sanierungsplan Parodontologie
 MKG (Traumatologie / Dysgnathie) Kieferorthopädie
 Implantologie; Implantate geplant in:

R OK Regio	OK Regio L
<input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28
<input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 28
R UK Regio	UK Regio L

Implantattyp _____ Sinuslift geplant

Mitgegebene Unterlagen:

- OPG Scanschablone Sonstiges _____
 dem Patienten wieder mitgeben an die Praxis zurücksenden

Rechnung an:

- Überweiser Patient
 Der Patient wurde über die private Leistung informiert

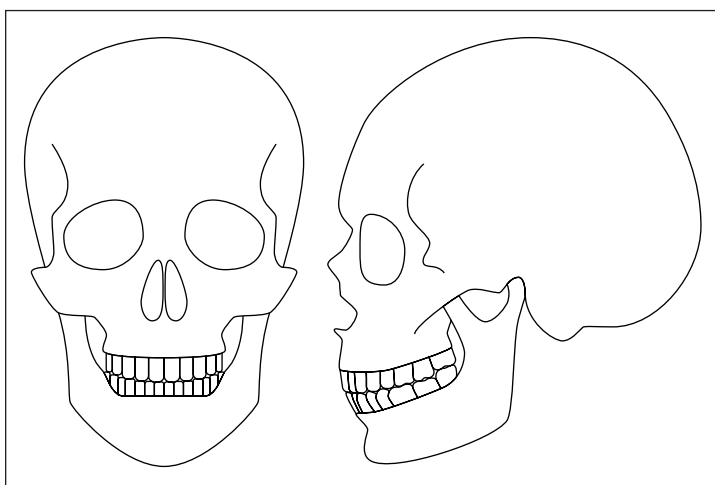
Datensatz:

- auf CD auf USB-Stick (10 €)
 dem Patienten mitgeben an die Praxis senden

- Ich möchte die Auswertung selbst vornehmen und versichere über die entsprechende DVT-Fachkunde nach RöV zu verfügen
 Ich wünsche eine Zweitmeinung durch das FDZN
 Ich wünsche die Auswertung durch das FDZN

Rückruf erbeten vor der Aufnahme nach der Aufnahme

(Gewünschtes Mindestfeld bitte hier skizzieren)



- Ober- und Unterkiefer gesamt mit ohne Kiefergelenke
 Oberkiefer gesamt Unterkiefer gesamt
 Teilbereich OK Regio _____ bis _____
 UK Regio _____ bis _____

Gewünschtes Field-Of-View:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 24x19 | <input type="checkbox"/> 21x19 | <input type="checkbox"/> 18x16 |
| <input type="checkbox"/> 16x16 | <input type="checkbox"/> 15x22 | <input type="checkbox"/> 15x12 |
| <input type="checkbox"/> 15x5 | <input type="checkbox"/> 12x8 | <input type="checkbox"/> 10x10 |
| <input type="checkbox"/> 10x5 | <input type="checkbox"/> 8x8 | <input type="checkbox"/> 8x5 |
| <input type="checkbox"/> 6x6 | <input type="checkbox"/> 5x5 | |

Gewünschter Aufnahmemodus:

- Eco-Modus CineX-Video High-Res-Modus
 Standart

Überweiser Name / Stempel	
Datum	Unterschrift

Der oben genannte Patient wird für die Erstellung einer DVT-Aufnahme überwiesen. Für die sich daraus ergebenden therapeutischen Schlussfolgerungen ist der behandelnde Arzt verantwortlich.

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und Verfielfältigung – aus auszugsweise – ist ohne schriftliche Genehmigung des FDZN ausdrücklich untersagt.

Copyright 2016 Freies Diagnostikzentrum Niederrhein, Gladbacher Straße 55I, 47805 Krefeld. Weitere Informationen zur DVT unter: www.fdzn.de