

Überweisung zur Digitalen Volumentomographie

Name des Überweisers:

Praxisstempel des Überweisers

Name des Patienten:

Grund der Aufnahme:

- Implantologische Planung
- Endodontologische Abklärung
- Parodontologische Abklärung
- prächirurgische Abklärung eines knöchernen Prozesses
- verlagerte Weisheitszähne
- Trauma

Gewünschte Regio der Aufnahme:

Liegt eine Röntgenschablone vor?     Ja             Nein

Bemerkungen:

---

---

---

---

---

---

---