

Überweisung zur Digitalen Volumentomographie (DVT)

Patientenangaben:

Name:

Geburtsdatum:

Versicherung: privat gesetzlich versichert bei:

rechtfertigende Indikation/ Fragestellung:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> verlagerte Zähne | <input type="radio"/> Implantatplanung |
| <input type="radio"/> entzündliche Prozesse | <input type="radio"/> Kiefergelenkdiagnostik |
| <input type="radio"/> Zyste | <input type="radio"/> Parodontologie |
| <input type="radio"/> Speichelstein | <input type="radio"/> Endodontie |
- sonstige Fragestellung oder Bemerkung:

Fragestellung und darzustellende Region:

Volumengröße:

- Volumen bitte nach Fragestellung richten
- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Ø 4 x 4 cm | <input type="radio"/> Ø 4 x 8 cm | |
| <input type="radio"/> Ø 8 x 4 cm | <input type="radio"/> Ø 8 x 5 cm | <input type="radio"/> Ø 8 x 8 cm |
| <input type="radio"/> Ø 10 x 4 cm | <input type="radio"/> Ø 10 x 5 cm | <input type="radio"/> Ø 10 x 8 cm |

Gewünschte Datenübermittlung:

- Datensatz mit Viewer auf CD Rohdatensatz auf CD (Dicom)
- Ich verfüge über die erforderliche DVT-Fachkunde und nehme die Auswertung selbst vor.
- Aufnahme mit vorhandener Schablone erstellen

Der Patient ist darüber informiert, dass die Anfertigung eines DVT eine Privatleistung darstellt.
Die Berechnung erfolgt nach GOÄ Nr. 5370, bei hohem Aufwand zzgl. Nr. 5377

Datum:

Stempel und Unterschrift: