



ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Digitales Volumetomogramm (DVT)
 OK UK OK&UK
 Kleiner Durchmesser / welche Region?
 Orthopantomographie (OPT)

Wunschtermin

Datum Uhrzeit

Patienten-Angaben

Vorname Nachname
Geburtsdatum
Strasse
PLZ/Ort /
Telefon Mobil
E-Mail

Klinische Angaben und Fragestellung

Überweisende Praxis

Ich wünsche telefonische Besprechung des Befundes inkl. CD mit allen Daten
 Ich wünsche nur CD mit allen Daten
 Rechnung an Überweiser
 Rechnung an Patient (bitte Patient informieren)

Ort, Datum Unterschrift