



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