



**Zentrum für Innovative ZahnMedizin**  
Fränkische Str. 36 ♦ 30455 Hannover ♦ 0511/472222  
[www.Praxis-Stockleben.de](http://www.Praxis-Stockleben.de)

## Überweisungsformular für die DVT-Röntgendiagnostik (DVT)

### Patient:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Versicherung:  GKV  PKV

### Überweiser-Praxis:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Bitte ankreuzen:**

- Dem Patienten wurde mitgeteilt, dass das DVT gleich nach Anfertigung per EC-Karte, bzw. in Bar zu bezahlen ist.
- Die Kosten werden von der Überweiser-Praxis beglichen. Eine entsprechende Rechnung wird an die Überweiser-Praxis versendet.

Die **Dicom-Daten** werden als CD mit Viewer  dem **Patienten** oder  der **Praxis** übergeben.

**Klinische Indikation:**  Implantat  PAR  Endo  sonstiges: \_\_\_\_\_

Scangröße:  Ok  UK  FRS  8x8 cm  sonstiges: \_\_\_\_\_

Auflösung:  0,25  0,3  0,4  sonstiges: \_\_\_\_\_

Implantatschiene:  ja  nein \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_