

---

## Überweisung zur Dentalen Volumentomographie

---

Name, Vorname, Geb.-Datum

Telefonnummer

Mobil

Der/Die Patient/in wird für folgende Leistung überwiesen:

Oberkiefer       Unterkiefer

Aufnahme des Kiefers mit Röntgenschablone (z.B. MED-3D, SIMPLANT-Materialise, Nobelguide)

Implantologie      Region: \_\_\_\_\_

Parodontologie      Region: \_\_\_\_\_

Endodontologie      Region: \_\_\_\_\_

Kieferorthopädie

Kiefergelenk       links       rechts

Kieferhöhle       links       rechts

Besondere Fragestellung/Bemerkung
