Auftrag zur Erstellung einer DVT – Aufnahme

Auftraggeber

Praxisstempel

Patientendaten:

Name: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Scanregion: □ OK □ UK □ NNH □ Links □ Rechts

Volumen: □ 5 x 5,5 □ 8 x 5,5 □ 8 x 8

Rechtfertigende Indikation: _____

Spezielle Fragestellung: _____

Scanschablone: □ vorhanden □ SICAT

□ Rücksprache erwünscht

□ Daten für SIRONA-Software
(SIDEXIS, GALILEOS, SICAT)

□ Daten für Fremdsoftware
(z. B. SIMPLANT, IMPLANT 3D, coDiagnostiX, etc.)

_____ _____ _____

Datum Auftraggeber Telefon für Rückfragen

Ihr Zahnarzt hält eine spezielle 3D-Aufnahme für erforderlich. Bitte melden Sie sich zur Terminvereinbarung unter 02371-97430 bei uns oder faxen dieses Blatt an 02371-974323.

Die Praxis befindet sich in 58636 Iserlohn, Unnaer Str. 24.

Mit freundlicher Empfehlung

Praxis Dres. Junge