

# DVT-Diagnostik-Zentrum Höxter

Ludwig-Eichholz-Straße 15a | 37671 Höxter | Telefon 05271 6989-0 | Telefax 05271 6989-29

## Überweiserbogen

DR. MICHAEL GROBITZSCH – DR. SARAH HERETSCH

Telefon: 05271-49 79 48 0

Bitte faxen Sie diesen Bogen an  
Telefax: 05271-49 79 48 99

### Patient

Name \_\_\_\_\_ Straße, Nr. \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### Zahnheilkunde



■ Ø 60 × 60 mm

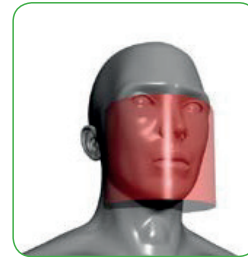


■ Ø 80 × 80 mm

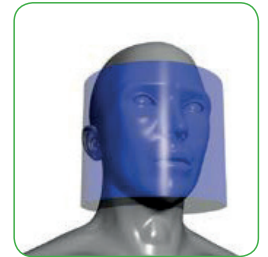


■ Ø 120 × 80 mm

### HNO, KFO, MKG 0,3 mm



■ Ø 150 × 130 mm



■ Ø 200 × 170 mm

Voxelgröße 0,15/0,20 mm

0,2 mm

0,3/0,4/0,5 mm

### Rechtfertigende Indikation

- |   |   |  |                             |                                 |                                |                                |
|---|---|--|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Implantologie  | <input type="checkbox"/> Endodontologie   | <input type="checkbox"/> HNO           | <input type="checkbox"/> OK | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Front |
| <input type="checkbox"/> Parodontologie | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie | <input type="checkbox"/> Dentoalveolär | <input type="checkbox"/> UK | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Front |

### Region

### Spezifische klinische Fragestellung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesichtsschädel | <input type="checkbox"/> NNH         |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenke   | <input type="checkbox"/> Kieferhöhle |
| <input type="checkbox"/> Mittelohr       | <input type="checkbox"/> _____       |

### Klinische Besonderheiten

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> LKG-Spalte         | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | <input type="checkbox"/> Augmentation (Region, Material, Datum) |
| <input type="checkbox"/> Aktuelle Frakturen | _____                                    |   |

### Überweisende Praxis (Stempel)

- Der Patient wurde über private Leistung informiert

\_\_\_\_\_  
Nächster Behandlungstermin

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift