

# DVT-Diagnostik-Zentrum Höxter

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

## Überweiserbogen

PRAXIS FÜR MUND-, KIEFER-, UND GESICHTSCHIRURGIE  
DR. MED. DR. MED. DENT. (SYR) IBRAHIM MOUSSA  
Dr. med. dent. Jaber Hossamo | Telefon: 05261-667880

Bitte faxen Sie diesen Bogen an  
Telefax: 05261-667881

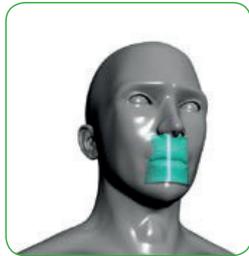
### Patient

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

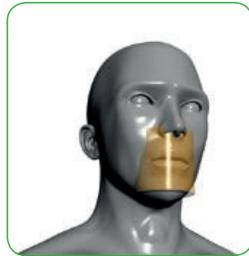
Vorname \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

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

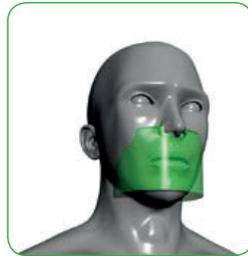
### Zahnheilkunde



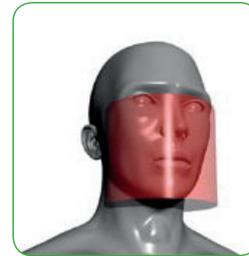
■ Ø 60 × 60 mm



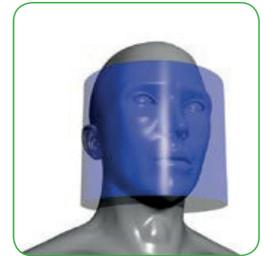
■ Ø 80 × 80 mm



■ Ø 120 × 80 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

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

### Rechtfertigende Indikation

- Implantologie    ■ Endodontologie    ■ HNO  
■ Parodontologie    ■ Kieferorthopädie    ■ Dentoalveolär

### Region

- OK    ■ rechts    ■ links    ■ Front  
■ UK    ■ rechts    ■ links    ■ Front

### Spezifische klinische Fragestellung

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

- Gesichtsschädel    ■ NNH  
■ Kiefergelenke    ■ Kieferhöhle  
■ Mittelohr    ■ \_\_\_\_\_

### Klinische Besonderheiten

- LKG-Spalte    ■ Sonstiges    ■ Augmentation (Region, Material, Datum)  
■ Aktuelle Frakturen    \_\_\_\_\_

### Überweisende Praxis (Stempel)

- Der Patient wurde über private Leistung informiert

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

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