

## Überweisung zur digitalen Volumentomographie (DVT)

Praxis

Patient:.....

Geburtsdatum:.....

---

Fragestellung / rechtfertigende Indikation:\_\_\_\_\_

- DVT Ober- und Unterkiefer
- DVT Oberkiefer
- DVT Unterkiefer
- Sonstiges:\_\_\_\_\_
- Screenshots von folgenden Bereichen erwünscht:\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- OPG / Zahnfilm liegt bei / wird per Mail zugeschickt
- telefonische Befundbesprechung erwünscht

---

.....  
Datum

.....  
Unterschrift