

Anmeldung zur 3-dimensionalen Diagnostik



PROF. SCHLEGEL & KOLLEGEN
MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE
ORALCHIRURGIE, IMPLANTOLOGIE, PLASTISCHE OPERATIONEN

Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel
Arnulfstr. 19 T: 089 590 686 990
80335 München F: 089 590 686 9910
www.prof-schlegel.de info@prof-schlegel.de

_____, geb. _____
(Patientenname)

Bei meinem o.g. Patienten liegt folgende Fragestellung vor:

Bitte erstellen Sie bei meinem o.g. Patienten eine Digitale Volumentomographie.

Für Rückfragen erreichen Sie mich unter Tel.: _____

Gewünschtes Field of View

- Unterkiefer
- Oberkiefer
- Oberkiefer mit Sinus maxillaris
- Unterkiefer und Oberkiefer (ohne Kiefergelenk)
- Unterkiefer und Oberkiefer (mit Kiefergelenk)
- mit Schablone im Unterkiefer Oberkiefer

Datenübermittlung

Sie erhalten den DVT-Datensatz auf einer CD. Bitte wählen Sie, welche Datenübermittlung Sie bevorzugen:

- Daten mit Viewer
- nur DICOM-Daten
- Daten mit Viewer und getrennte DICOM-Datenübermittlung

Sonstiges

(digitale Volumentomographie; CD mit Datensatz und Viewer-Software wird Patient mitgegeben)

Datum

Unterschrift

Praxisstempel
