



Überweisungsformular zur Dentalen Volumentomographie DVT

Überweisende Praxis (Bitte Daten ausfüllen oder Praxisstempel)

Praxisname _____
Adresse _____
Telefonnummer _____
E-Mail-Adresse _____

Patientendaten

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____
Telefonnummer _____

Untersuchungsregion

Wählen Sie zwischen 4 verschiedenen Volumina:

5x5 für einen Quadranten; 5x8 / 8x5 für zwei Quadranten; 8x8 für OK und UK

	gesamt	rechts	links
OK / UK			
OK			
UK			

Sonstiges _____

Spezielle Fragestellung _____

Gewünschte Versorgung

Befundung und Auswertung

ausschließlich DVT-Anfertigung durch Praxis Baldauf / Schult,
Befundung erfolgt durch Überweiser

Der Fachkundenachweis ist in diesem Fall einmalig in Kopie erforderlich. Bitte für jede Überweisung / jeden Patienten unterschreiben: Hiermit beauftrage ich Erik Baldauf und Dr. Andreas Schult, M.Sc. eine dentale Volumentomographie durchzuführen. Ich besitze eine gültige Fachkunde DVT. Die Indikation wurde durch mich gestellt. Ich werde einen Befund für den gesamten Datensatz erheben. Ferner werde ich eine fachgerechte Therapie selber durchführen oder veranlassen. Bei unklarem Befunde Sorge ich für eine Abklärung oder eine weiterführende Diagnostik. Ich habe den Patienten über die Röntgendosis eines DVTs aufgeklärt.

Datum und Unterschrift (fachkundiger Arzt)

Der Patient ist darüber informiert, dass die DVT-Aufnahme eine Privatleistung ist und nach GOZ berechnet wird.

Ort/Datum Unterschrift (des überweisenden Arztes)



Standort