Überweisung zum 3D – Zentrum – Köln

3–dimensionale Kieferdiagnostik und Implantatplanung

WDR-Arkaden, Elstergasse 3, 50667 Köln
www.3D-Zentrum-Koeln.de
Tel.: 0221 – 258 49 68

Patient: _____
Name | Vorname | Geburtsdatum | Beruf

Versicherter/ Zahlungspflichtiger: _____
Name | Vorname | Geburtsdatum | Beruf

Anschrift: _____
Straße | Wohnort | Telefon

Krankenkasse: _____

Der/die Patient/in wird überwiesen mit folgender Fragestellung / Verdachtsdiagnose:

Bildgebende Diagnostik / Aufnahme erforderlich wegen:

Geplanter Implantation	Zahnregion	_____
Kieferhöhlendiagnostik	links/rechts	_____
Darstellung verlagerter Zähne:	Zahnregion	_____
Parodontose-/ Wurzelbehandlung:	Zahnregion	_____
Sonstige Fragestellungen:	Zahnregion	_____

Welches Aufnahmevolumen (FOV / Field of View) soll gewählt werden:

____ **5 x 5 cm (ein Kieferausschnitt)** ____ **5 x 8,5 cm (ein Quadrant)**

____ **8,5 x 8,5 cm (beide Kiefer)** ____ **8,5 x 12 cm (OK/UK + KG)**

Scan-Schablone für Implantatdiagnostik wird mitgeliefert: **ja:** **nein:**

Weiterführende Kieferanalyse und Implantatplanung gewünscht: **ja:** **nein:**

Überweisende Praxis (Stempel):

Datum Unterschrift

Ich überweise oben genannte/n Patienten/in für die Anfertigung eines digitalen Volumentomogramms (DVT) im Kiefer- und Gesichtsbereich. Die Daten-CD inkl. Viewer und Kurzbefund werden per Post an die überweisende Praxis gesandt. Für die sich daraus ergebenden therapeutischen Schlussfolgerungen und Konsequenzen ist der behandelnde Arzt / Zahnarzt verantwortlich.