

# Überweisungsformular Bildgebung

## PATIENTENINFORMATIONEN

Name

E-Mail

Vorname

Geschlecht

weiblich

männlich

Geburtsdatum

Telefon Privat

Strasse, Nr.

Telefon Geschäft

PLZ, Ort

Telefon Mobile

## ART DER UNTERSUCHUNG

OPT

OK

3D

DVT

UK

2D

EZR

Regio: \_\_\_\_\_

## FRAGESTELLUNG

Knochenangebot

Lagebeurteilung Zahn

Fraktur

Kieferhöhlen

Endodontologie Lage

Zysten, Granulome

Mandibularkanal

Andere: \_\_\_\_\_

zusätzliche Information: \_\_\_\_\_

## KORRESPONDENZ

Bericht telefonisch

Rohdaten (Dicom)

HIN – Mailtransfer

Bericht schriftlich

Daten mit Viewer  
auf CD (Planmeca)

Ort, Datum

Zuweiser (Stempel mit Visum)