



Überweisung zur dentalen Volumentomographie

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

- Bitte kreuzen Sie zutreffendes an –

Der/Die Patientin wird überwiesen zur DVT-Aufnahme in folgendem Bereich:

Oberkiefer

Unterkiefer

Ober/Unterkiefer

Teilkiefer

Region:

Zur Untersuchung folgender Fragestellung:

Implantologie

Region:

Parodontologie

Region:

Endodontologie

Region:

Kiefergelenk rechts / links

Kieferhöhle rechts / links

Verlagerte Zähne

Region:

Bemerkung:

Praxisstempel

Datum/Unterschrift Arzt



Zahnärzte Thiel - Gemeinschaftspraxis Torgau

Dipl.-Stom. Heiko Thiel

Dipl.-Stom. Kathrin Thiel

Dr. med. dent. Juliane Thiel

August-Bebel-Str.5

04860 Torgau

Telefon: 03421/711555

Fax: 03421/710305

Email: zahnaerzte-thiel@gmx.de

www.zahnaerzte-thiel-torgau.de