



DVT-ANFORDERUNG

PRAXIS AM WEINBERG DR.DR.G.LIER

FORMULAR BITTE DIREKT FAXEN: 05121 / 88 43 43 - 1
ODER DIREKTE TERMINABSPRACHE UNTER: 05121 / 88 43 43 - 0

PATIENT

Name	Vorname	geb.
Telefon	Mobiltelefon	

REGION

- | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oberkiefer | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> front | <input type="checkbox"/> gesamt |
| <input type="checkbox"/> Unterkiefer | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> front | <input type="checkbox"/> gesamt |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenk | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beide | |
| <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen | <input type="checkbox"/> Sinus maxillaris | | <input type="checkbox"/> Sinus sphenoidalis | |
| <input type="checkbox"/> Innenohr | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beide | |
| <input type="checkbox"/> Gesichtsschädel | | | | |

Sonstiges

INDIKATION/FRAGESTELLUNG

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Endodontologie | |
| <input type="checkbox"/> Parodontologie | |
| <input type="checkbox"/> Implantatplanung: | <input type="checkbox"/> DICOM-Datensatz auf CD/DVD |
| | <input type="checkbox"/> mit Implantatschablone: |
| | <input type="checkbox"/> wird vom Patienten mitgebracht |
| | <input type="checkbox"/> wird vom Labor geliefert |
| | <input type="checkbox"/> Bitte um Terminvereinbarung zur Onlineplanung
zusammen mit der Praxis am Weinberg |

Sonstige Fragestellung

Stempel

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Der Überweiser verfügt über DVT-Fachkunde |
| <input type="checkbox"/> Rechnung an den Patienten |
| <input type="checkbox"/> Rechnung an den Überweiser |

Unterschrift