



Anmeldung zur Volumentomografie / Fax 00423 371 17 18

Name Vorname

Geburtsdatum Versicherung

Adresse PLZ / Ort

Telefon Privat / Mobil Telefon Geschäft

Patient bitte aufbieten

Patient hat Termin zum Röntgen am:

Patient hat wieder Besprechungs-Termin bei uns am:

Gewünschte Untersuchung:

Dentscan: OK UK

Mit Röntgen-Schablone: OK UK

Kiefergelenke NNH Fernröntgen Orbita

HWS Hand Fuss Knie

Fragestellung:

Knochenangebot Mandibularkanal Zysten, Granulome Sinusitis

Fraktur Andere:

Klinische Angaben:

Befundzustellung:

Daten mit Viewer auf CD PDF via E-mail:

PDF auf CD Dicom3 Format Schriftlicher Bericht

Datum Zuweiser (Stempel und Visum)

Anmeldung bitte faxen oder per Post an: