



Dr. Dr. R. Kettner Dr. Dr. A.-D. Gerner Dr. G. Stockbrink Dr. Dr. N. Ayoub

Überweisungsformular 3D-Diagnostik

| Patientendaten: | |
|---------------------------------------|--|
| Nachname / Geburtsname: | |
| Vorname: | |
| Geburtsdatum und Ort: | |
| Straße und Hausnummer: | |
| Postleitzahl und Wohnort: | |
| Telefon privat / Mobiltelefon: | |
| Rechnungsempfänger, falls abweichend: | |
| E-Mail: | |
| Überweiserdaten: | |
| Praxis: | |
| Straße und Hausnummer: | |
| Postleitzahl und Ort: | |
| Telefon: | |
| E-Mail: | |

Die Kosten für die Erstellung der 3D-Aufnahme übernimmt der Patient:

Rechnung an den Überweiser:

3D-Diagnostik – Indikation: _____

Implantologie Region: _____
 Oberkiefer mit Scan-Schablone
 Unterkiefer mit Scan-Schablone

Chirurgie Region: _____ Endodontie Region: _____
 Kieferorthopädie Region: _____ Parodontologie Region: _____

Besondere klinische Fragestellung:

Die 3D-Daten werden für folgende Weiterverarbeitung benötigt:

Visuelle Auswertung _____

Datum, Unterschrift, Praxisstempel: _____