



Dr. Dr. R. Kettner Dr. Dr. M. Erbe Dr. Dr. A.-D. Gerner Dr. G. Stockbrink

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: _____