



DVT–Anforderung

Terminabsprache unter: 02204 584626;

Fax.: 02204 584628 Anfrage@mukig.de

Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Mobilnummer

Fragestellung / Indikation

- Implantatplanung
- Endodontologie
- Parodontologie
- Nasennebenhöhlen
- Kiefergelenk
- DICOM Datensatz auf CD / DVD
- Sonstiges

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"/> Kiefergelenke | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beide | |
| <input type="checkbox"/> Sinus maxillaris | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beide | |

Unterschrift / Praxisstempel