

Praxisstempel

## Überweisung zur Digitalen Volumentomographie

Name, Vorname des Patienten

Telefonnummer

Mobil

Oberkiefer mit Röntgenschablone

Unterkiefer mit Röntgenschablone

Bitte angelieferte Röntgenschablone verwenden

Schablontyp (z.B. MED-3D, SIMPLANT-Materialise, Nobelguide): \_\_\_\_\_

Aufnahme des Kiefers

Implantologie  
Region: \_\_\_\_\_

Parodontologie  
Region: \_\_\_\_\_

Endodontologie  
Region: \_\_\_\_\_

Kieferorthopädie

Kiefergelenk links rechts Kieferhöhle links rechts

Besondere Fragenstellung/Bemerkung

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift