

Röntgenüberweisung

Patientenangaben		Vitodent-Nr: _____
Name: _____	Vorname: _____	Geschlecht: o M o W
Strasse: _____	PLZ/Ort: _____	Geb.Datum: _____
Tel.Privat: _____	Natel: _____	Geschäft: _____
<input type="checkbox"/> Pat. stationär	<input type="checkbox"/> Unfall/Unfallversicherung: _____	Unfall-Nr: _____
<input type="checkbox"/> KVG-pflichtige Behandlung	<input type="checkbox"/> KVG-Artikel: _____	
Versicherungs-Nr: _____	Geburtsgebühren-Nr: _____	IV-Verfügungs-Nr: _____
<input type="checkbox"/> Patient bringt Panoramaschichtaufnahme vom _____ zum Termin mit		
Risikoanamnese: _____	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft: o Ja o Nein	

Termin o Bitte aufbieten	<input type="checkbox"/> Bereits vereinbart: _____
---------------------------------	--

Untersuchungsmethode	Region
<input type="checkbox"/> Digitale Volumentomographie(DVT) (Volumen wird entsprechend der klinischen Fragestellung eingeteilt) <input type="checkbox"/> Accuitomo <input type="checkbox"/> Scanora <input type="checkbox"/> Planmeca	Regio: _____
<input type="checkbox"/> Panoramaschichtaufnahme <input type="checkbox"/> halbseitig <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	Röntgen-Indikation:
<input type="checkbox"/> Fernröntgenseitenaufnahme <input type="checkbox"/> Schädel pa	Allg. Anamnese:
<input type="checkbox"/> Einzel-Rx regio: _____	Klinische Fragestellung:
<input type="checkbox"/> mesial exzentrisch <input type="checkbox"/> distal exzentrisch <input type="checkbox"/> vertikal exzentrisch	
<input type="checkbox"/> Bitewing <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
<input type="checkbox"/> Status	
<input type="checkbox"/> Aufbiss <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK	
<input type="checkbox"/> Handröntgen <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
<input type="checkbox"/> Face-Scan	
<input type="checkbox"/> Modell-Scan	
<input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> KVG <input type="checkbox"/> Trauma

Datenträger und Befundzustellung
<input type="checkbox"/> Bitte Bilder und Befunde zusenden <input type="checkbox"/> Bitte Bild Patient direkt mitgeben und Befund nachsenden
<input type="checkbox"/> Bitte 2D Bilder per Mail: _____

Bitte nicht ausfüllen(intern) Durchzuführende Aufnahme:	Überweiser: Datum, Praxisstempel und Unterschrift
---	--

