

Überweisungsformular digitale Volumentomografie (DVT)

FAX 0431 6667389

V3.0



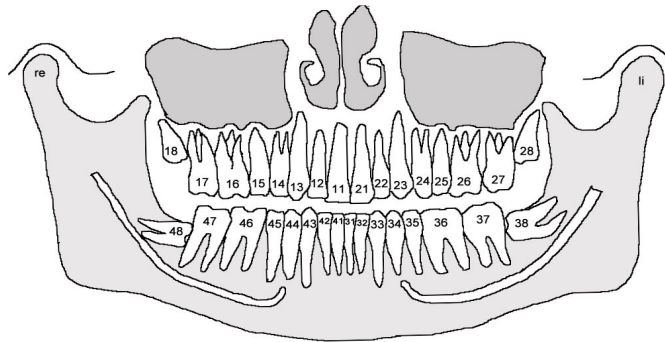
GENDEX **CB-500**
POWERED BY IGM

Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Dr. med. Oliver Zernial
Ostseeklinik Kiel 4.OG
Hamburger Chaussee 77
24113 Kiel

Patientendaten:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Versicherung: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____



Dentoalveolär:

- Endodontie
- Apikale Ostitis
- Retiniert und verlagerte Zähne
- Parodontologie
- Knochenläsion / Zyste
- Traumatologie
- Kiefergelenksdiagnostik
- Zahnanomalien
- Fehlstellungen

Implantologie:

- Planung
- Knochenangebot
- Augmentation
- Navigierte Implantation
System : _____
- Periimplantitis

Andere:

- Dentogene Fokussuche
- Sinus maxillaris / Nasennebenhöhlen
- Nase / Septum
- Atemwege

- A** Diagnostik und Chirurgie durch Praxis Dr. O. Zernial
- B** Ausschließlich Diagnostik
- C** Ausschließlich Diagnostik für Implantologie / Augmentation / Navigation
- D** Ausschließlich Diagnostik und Befunderhebung durch Überweiser

Der Fachkundenachweis ist einmalig in Kopie erforderlich. Bitte für jede Überweisung / jeden Patienten unterschreiben:
Hiermit beauftrage ich Dr. med. Oliver Zernial eine digitale Volumentomografie durchzuführen. Ich besitze eine gültige Fachkunde DVT. Die Indikation wurde durch mich gestellt. Ich werde einen Befund für den gesamten Datensatz erheben. Ferner werde ich eine fachgerechte Therapie selber durchführen oder veranlassen. Bei unklarem Befunde Sorge ich für eine Abklärung oder eine weiterführende Diagnostik. Ich hab den Patienten über die Strahlenbelastung eins DVTs aufgeklärt. Die Kosten für die Aufnahme werden von mir übernommen (analog GOÄ 5370*1,3 fach).

Unterschrift und Datum fachkundiger Arzt: _____

Die Kosten für ein DVT werden dem Patient privat in Rechnung gestellt (A,B,C) und richten sich nach GOÄ 5370*1 bis 1,8 fach zzgl. 5377 * 1 fach