

ÜBERWEISUNGSFORMULAR



Team Dr. Mittag

ENDODONTIE · ÄSTHETIK

Zahnärzte-Team Dr. Mittag
Dr. Inge Mittag, M.Sc.
Parkallee 301, 1. Etage
28213 Bremen

Telefon 0421-56 65 150

Telefax 0421-56 65 155

E-Mail ueberweiser@team-drmittag.de

Überweisung zur Anfertigung eines DVT (Digitale-Volumentomographie)

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

um Ihnen die Arbeit zu vereinfachen und damit keine Missverständnisse bei der Behandlung auftreten, bitten wir Sie dieses Formular auszufüllen und uns per Post, Fax oder auf elektronischem Wege zukommen zu lassen.

Gerne können Sie die Überweisung auch Ihrem Patienten mitgeben.

Region / Zähne:

Quadrant:

1 2 3 4 OK UK

Indikation:

Auflösung / 80 µm / 0,08 mm (Endodontie)

Voxelgröße: 200 µm / 0,2 mm

300 µm / 0,3 mm (Chirurgie)

Dentoalveolär:

- Endodontie
- Apikale Ostitis
- Retinierte oder verlagerte Zähne
- Parodontologie
- Knochenläsion / Zyste
- Traumatologie
- Beschwerden

Implantologie:

- Planung
- Knochenangebot
- Augmentation
- Periimplantitis
- DVT mit Schablone

Andere:

Dentogene Fokussuche

Auswertung:

Diagnostik und Befundung durch Dr. Inge Mittag, M.Sc.

Diagnostik und Befundung durch Überweiser

Der Fachkundenachweis ist einmalig in Kopie erforderlich.

Bitte für jede Überweisung/jeden Patienten unterschreiben: Hiermit beauftrage ich Dr. Inge Mittag, M.Sc. ein DVT 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 Befund sorge ich für eine Abklärung oder eine weiterführende Diagnostik.

Ich wünsche das DVT auf CD. Wir senden Ihnen diese an Ihre Praxis.

Stempel der Überweisungspraxis

Überweisende/r Zahnärztin/Zahnarzt

Patienteninformationen

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon-Nr./Mobil-Nr.

Datum und Unterschrift

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und verbleiben mit freundlichen Grüßen!

*Ihr Zahnärzte-
Team Dr. Mittag!*