

# Überweisung zur digitalen Volumen-Tomographie (DVT)

## Überweisende Praxis - Stempel

FZA Robert Svoboda  
Dr. Gernot Mörig  
ZÄ Anja Vogler  
in Kooperation mit  
Priv. Doz. Dr. David Sonntag

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum & Ort: \_\_\_\_\_

Versicherung: privat  gesetzlich

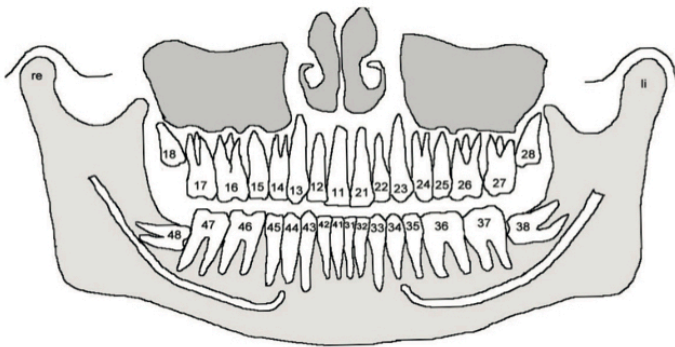
Schanzenstraße 20  
40549 Düsseldorf  
Fon 0211 73 77 71-0  
Fax 0211 73 77 71-17  
info@za-go.de  
www.za-go.de

## Field of View (FOV)

- 5 x 5 cm (ca. 3 Zähne)
- 5 x 8 cm (1 Kiefer)
- 8 x 8 cm (OK & UK)
- 11 x 8 cm (mit 8er)
- 14 x 11 x 8 cm (dreifacher Scan zusammengesetzt)

## Auflösung (Voxelgröße)

- 75 µm (Endo)
- 100 µm (HiRes)
- 150 µm (HD)
- 200 µm
- 400 µm (Ultra Low Dose)



**Untersuchungsregion: Bitte einzeichnen!**

## Indikation

- Traumatologie/Fraktur
- Zahnverlagerung
- Implantologie
- Chirurgie/WSR
- Zahnanlagen/-anomalien
- Parodontologie
- Endodontologie
- KFO
- NNH
- Kiefergelenke
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Fragestellung und Anmerkungen: \_\_\_\_\_

- Die Indikation für diese Aufnahme wurde durch mich (Überweiser) gestellt. **PFLICHTFELD!**
- Der Patient wurde über entstehende, privat zu tragende, Kosten aufgeklärt **PFLICHTFELD!** (die Kosten für eine DVT werden dem Patienten privat in Rechnung gestellt und richten sich nach GOÄ 5370 1,8-fach zzgl. GOÄ 5377 1-fach, 256,46 €).
- Ich wünsche eine Befundung und Auswertung durch Sie.
- Ich möchte die Auswertung selbst vornehmen und versichere über die DVT-Fachkunde nach RÖV zu verfügen.
  - Ich möchte die DICOM-Datei-CD erhalten und verfüge über einen eigenen Viewer.
  - Ich möchte die DICOM-Datei-CD inklusive kostenlosem Viewer erhalten.
- Die CD soll übergeben werden:  an die überweisende Praxis  direkt an den Patienten

Ort, Datum und Unterschrift des behandelnden Arztes