

# Überweisung zur digitalen Volumen-Tomographie (DVT)

## Überweisende Praxis – Stempel

Robert Svoboda M.Sc.  
Dr. Anja Vogler  
Dr. Brinja Eisenstein  
in Kooperation mit  
Prof. Dr. David Sonntag

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

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

### Patientendaten

Name:

Telefon:

Anschrift:

Geb.-Datum & Ort:

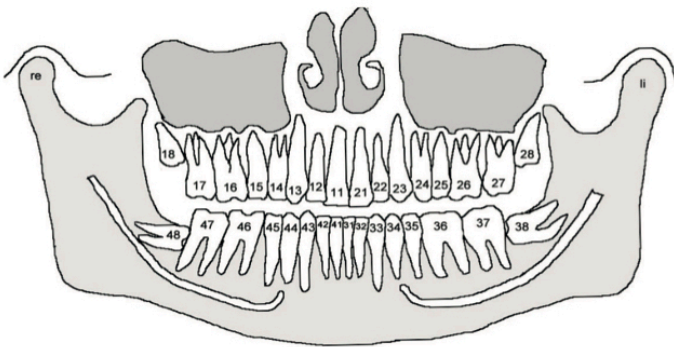
Versicherung: privat  gesetzlich

### 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