

Anmeldung zur Volumentomografie

Patientenangaben

Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon Privat/Mobile	Telefon Geschäft
<input type="checkbox"/> Patient bitte aufbieten	<input type="checkbox"/> Patient hat Termin

Gewünschte Untersuchung

<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> OK und UK
<input type="checkbox"/> Straumann CoDiagnostix	<input type="checkbox"/> Nobel Guide	<input type="checkbox"/> Swissmeda
<input type="checkbox"/> Lage der 8er		<input type="checkbox"/> Andere

Fragestellung

<input type="checkbox"/> Knochenangebot	<input type="checkbox"/> Mandibularkanal	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Fraktur	<input type="checkbox"/> Zysten, Granulome	<input type="checkbox"/> Andere

Klinische Angaben

Befundzustellung

<input type="checkbox"/> Fotopapier	<input type="checkbox"/> PDF via E-Mail	<input type="checkbox"/> Daten mit Viewer auf CD (Sirona Viewer)
<input type="checkbox"/> Dicom Datensatz	<input type="checkbox"/> Schriftlicher Bericht	<input type="checkbox"/> Mündlicher Bericht

Datum	Zuweiser (Stempel und Visum)
-------	------------------------------

Anmeldung bitte faxen, mailen oder per Post senden.