



DVT-Überweisungsformular

Überweisende Praxis

Praxisname _____
 Strasse & Nr. _____
 PLZ, Ort _____
 Tel. Geschäft _____
 E-Mail _____



Patientin / Patient

Frau Herr

Name _____
 Vorname _____
 Strasse & Nr. _____
 PLZ, Ort _____
 Geburtsdatum _____

Tel. privat _____
 Tel. Geschäft _____
 Mobil-Tel. _____
 E-Mail _____

Gewünschte Auflösung

- Standard-Aufnahme, Voxelgröße 125 µm
- Hochauflösende Aufnahme, Voxelgröße 80 µm (nur für Volumen 4 x 4 cm)

Klinische Fragestellung

Angaben zum gewünschten Volumen

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| Durchmesser / Höhe | <input type="checkbox"/> 4x4 cm | <input type="checkbox"/> 4x8 cm | <input type="checkbox"/> 4x4 cm High Res |
| | <input type="checkbox"/> 8x4 cm | <input type="checkbox"/> 8x5 cm | <input type="checkbox"/> 8x8 cm |
| | <input type="checkbox"/> 10x4 cm | <input type="checkbox"/> 10x5 cm | <input type="checkbox"/> 10x8 cm |
| | <input type="checkbox"/> 15x5 cm | <input type="checkbox"/> 15x7.5 | <input type="checkbox"/> 15x14 cm |

Terminvereinbarung

- Patient/in meldet sich selbst
- Patient/in wünscht Aufgebot
- Patient/in hat bereits einen OP-Termin am: _____.____._____

Das Überweisungsformular kann per E-Mail (HIN-Adresse: zahnarztpraxis-saccardin@sso-hin.ch) oder per Post an unsere Praxisadresse (Sägewiesstrasse 7, 9410 Heiden AR) gesendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Überweisende/n