



Überweisende Praxis

Name

Straße

PLZ Ort

Telefon

E-Mail

Daten Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenvers.

Telefon
(Terminvereinbg.)

Rechtfertigende Indikation

- Implantologie Schablone (Biss sperren) Prothesenscan (2. Scan) Parodontologie
 Endodontie Kieferorthopädie Oralchirurgie Sonstiges

Region (ROI)

Spezifische klinische Fragestellung

Wünschen Sie einen Befundbericht zur ROI / spezifischen klinischen Fragestellung?

- Kein Bericht notwendig Bericht per E-Mail Bericht per Post

Wie wünschen Sie den Erhalt des DICOM-Datensatzes?

- Selbststartende Ansichts-CD ohne DCM-Dateien dem Patienten aushändigen
 Datenträger nur mit DCM-Dateien dem Patienten aushändigen
 Datenträger mit DCM-Dateien und zusätzlich Ansichts-CD dem Patienten aushändigen
 DCM-Datensatz online zum Herunterladen (keine Ansichts-CD möglich)

Bezahlung

- Der Patient bezahlt die DVT-Aufnahmen direkt nach der Erstellung in bar.
 Die Kosten für die Aufnahmen tragen wir. Bitte senden Sie die Rechnung an uns als Überweiserpraxis.

Hinweis: Dieses Formular bitte als Vorlage speichern, die Daten eintragen, speichern unter Ergänzung des Patientennamens und an uns per E-Mail senden: dvt@lamek.de. Danke sehr. (Beispiel: [lamek-dvt-mustermann-max.pdf](#))