



### 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](mailto:dvt@lamek.de). Danke sehr. (Beispiel: [lamek-dvt-mustermann-max.pdf](#))