

Überweisung zur Anfertigung einer Digitalen-Volumen-Tomographie

Dr. Stephan Krause & Dr. Alexander Krause, MSc

Zahnärzte

Stöckener Straße 85 - 30419 Hannover
Telefon: 0511 - 979 35 55 - Telefax: 0511 - 979 37 06

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Wohnort: _____

Tel. privat: _____
Tel. Dienst: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____@_____

Der/Die Versicherte wird für folgende Leistung überwiesen: Anfertigung DVT

Indikation:

Dentoalveolär:

- Endodontie
- Apikale Ostitis
- Retinierte oder verlagerte Zähne
- Parodontologie
- Knochenläsion / Zyste
- Traumatologie
- Kiefergelenksdiagnostik
- Zahnanomalien
- Fehlstellungen

Implantologie:

- Planung
- Knochenangebot
- Augmentation
- Navigierte Implantation
System : _____
- Periimplantitis

Andere:

- Dentogene Fokussuche
- Sinus maxillaris / Nasennebenhöhlen
- Nase / Septum

- Diagnostik und Chirurgie durch Praxis Dres. Krause
- Ausschließlich Diagnostik
- Ausschließlich Diagnostik für Implantologie / Augmentation / Navigation
- Ausschließlich Diagnostik und Befunderhebung durch Überweiser

Der Fachkundenachweis ist einmalig in Kopie erforderlich. Bitte für jede Überweisung / jeden Patienten unterschreiben:
Hiermit beauftrage ich Dr. Stephan Krause und Dr. Alexander Krause eine digitale Volumentomografie durchzuführen. Ich besitze eine gültige Fachkunde DVT. Die Indikation wurde durch mich gestellt. Ich werde einen Befund für den gesamten Datensatz erheben. Ferner werde ich eine fachgerechte Therapie selber durchführen oder veranlassen. Bei unklarem Befunde Sorge ich für eine Abklärung oder eine weiterführende Diagnostik.

Unterschrift und Datum fachkundiger Arzt:

Die Kosten für ein DVT werden dem Patient privat in Rechnung gestellt und richten sich nach GOÄ 5370*1 bis 1,8 fach zzgl. 5377 * 1 fach.