

Anmeldung zur Volumentomografie

Name.....Vorname

GeburtsdatumVersicherung

AdressePLZ/Ort

Telefon

Patient aufbieten Termin abgemacht am: um Uhr

Gewünschte Untersuchung:

OK UK

Röntgen-Schablone: OK UK

NNH

Fragestellung:

Knochenangebot Mandibularkanal Zysten, Granulome, Herdabklärung Sinusitis

Fraktur Anderes:

Klinische Angaben:

Befundzustellung:

PDF via E-mail Daten auf CD mit Viewer (Windows) Dicom3 Bericht

Mailadresse:

Datum Zuweiser (Stempel/Visum).....

Anmeldung per Mail an: **info@zahnarztbuechler.ch**