



Überweisung zur spezifischen kraniofazialen 3D-Diagnostik

1.

PATIENTENDATEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Zur Terminvereinbarung können Sie unseren komfortablen 24h-Online Termin-Service unter www.mesantis-berlin.de nutzen. In nur drei Schritten gelangen Sie zu Ihrem Wunschtermin.

Nächster Termin des Patienten in Ihrer Praxis : _____

Tag

Zeit

2.

SPEZIFISCHE ANFORDERUNGEN AN DEN DVT-SCAN

2a) TEILGEBIET DER RECHTFERTIGENDEN INDIKATION

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oralchirurgie | <input type="checkbox"/> Endodontologie | <input type="checkbox"/> Schlafmedizin |
| <input type="checkbox"/> Kieferchirurgie | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie | <input type="checkbox"/> Orthopädie (HWS) |
| <input type="checkbox"/> Parodontologie | <input type="checkbox"/> CMD | |

2b) SCAN-REGION

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelzahn | <input type="checkbox"/> beide Kiefer |
| <input type="checkbox"/> Oberkiefer | <input type="checkbox"/> beide Kiefer mit KG |
| <input type="checkbox"/> Unterkiefer | <input type="checkbox"/> gesamter Gesichtsschädel für KFO |

2c) FOLGENDER EINZELZAHN SOLL ABGEBILDET WERDEN

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SPEZIFISCHE KLINISCHE FRAGESTELLUNG (= rechtfertigende Indikation)

3.

OPTIONEN FÜR DIE BEREITSTELLUNG DER REKONSTRUIERTEN DICOM-DATEN

- keine DICOM-Daten erwünscht
- nur DICOM-Daten
- DICOM-Daten mit kostenloser Viewer-Software

Versandoptionen für DICOM-Daten

- MESANTIS® DICOM-Lounge
- Patient/in DICOM-Daten auf CD mitgeben
- Versand der DICOM-Daten per Post

4.

OPTIONEN FÜR DEN MEDIZINISCHEN BEFUNDBERICHT UND DIE INDIKATIONSBEZOGENE REPORTERSTELLUNG

- nur Befundbericht
- Befundbericht und Report
- nur Report (Fachkunde vorhanden)

Versandoptionen für Befundbericht und Report

- MESANTIS®-Überweiser-Lounge
- auf CD per Post

5.

ÜBERWEISERDATEN

Titel

Vorname

Name

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Bitte wählen Sie eine der folgenden Optionen aus:

- Der Patient ist darüber informiert, dass die 3D-Aufnahme gleich nach der Erstellung bei MESANTIS® per EC-Karte oder bar zu bezahlen ist.
- Die Kosten für die Erstellung der 3D-Aufnahme übernimmt der Überweiser. Bitte Rechnung an den Überweiser senden.

Unterschrift des Überweisers

MESANTIS® Heilbronn
3D DENTAL-RADIOLOGIE
Bismarckstraße 6, 2. OG
74072 Heilbronn

Fon 07131 - 38 29 000

Fax 07131 - 38 29 001

E-Mail info@mesantis-heilbronn.de