

Zuweisung zur Digitalen Volumentomographie



Patienten Name:
Fragestellung:
Regio:
Gewünschter Bildausschnitt: <input type="checkbox"/> Unterkiefer <input type="checkbox"/> Oberkiefer <input type="checkbox"/> Oberkiefer + Unterkiefer
Die Daten werden auf CD geliefert. Ein Betrachtungsprogramm ist darauf enthalten.
Datum, Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes:



Zuweisung zur Digitalen Volumentomographie



Patienten Name:
Fragestellung:
Regio:
Gewünschter Bildausschnitt: <input type="checkbox"/> Unterkiefer <input type="checkbox"/> Oberkiefer <input type="checkbox"/> Oberkiefer + Unterkiefer
Die Daten werden auf CD geliefert. Ein Betrachtungsprogramm ist darauf enthalten.
Datum, Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes:

