



Röntgenüberweisung

Überweisender Zahnarzt (Praxisstempel):

Name:
Adresse:
PLZ/Ort:
Telefon:
E-mail:

Name / Vorname Patient:

Geburtsdatum:
Adresse:
PLZ/Ort:
Telefon:

Fragestellung:

Orthopantomographie (OPG)

Digitale Volumentomographie (DVT) Regio:

- 8x8 cm
- 8x5 cm 5x8 cm
- 5x5 cm

Bitte CD mit Aufnahme gleich mitgeben

Bitte CD mit Aufnahme zusenden

Ort / Datum:

Unterschrift: