



# Digitale Volumen Tomografie

Zahnarztpraxis Dr. med. dent., M.S.  
Erwin T. Egloff  
Rosenbergstrasse 4 \* CH-9000 St. Gallen  
www.dvtsg.ch \* info@dvtsg.ch

St. Gallen

 071 222 07 07

 071 222 07 09

## Anmeldung für OPT - FR - 3D-Volumen Tomografie

Name ..... Vorname .....

Geb.-Datum ..... KK / Versicherung .....

Straße ..... PLZ / Wohnort .....

Tel.: Privat, Mobil ..... Tel.: Gesch. ....

Patient bitte aufbieten     Pat. meldet sich     Pat. hat bereits Termin

### Gewünschte Röntgenabklärung (Digital)

OPT	FR-Ceph	3D Vol Tomo
<input type="radio"/> Standard	<input type="radio"/> Standard lat.	<input type="radio"/> OK - UK
<input type="radio"/> Interproximal	<input type="radio"/> AP	<input type="radio"/> Nobelguide™
<input type="radio"/> Orthogonal	<input type="radio"/> PA	<input type="radio"/> li. KG <input type="radio"/> re. KG
	<input type="radio"/> n. Waters	<input type="radio"/> li. Ohr <input type="radio"/> re. Ohr
		<input type="radio"/> Wirbelkörper

### Spezialaufnahmen

Kiefergelenk     Sinus, NNH PA     Tomografie regio

**Fragestellung:**

**Klinische Angaben:**

**Standard-Dokumentation:** per Email oder CD / Viewer und A4 Fotopapier  
zusätzl. gewünscht:  CD Dicom3 Format  
 Bericht (Aufpreis)

Datum: ..... **Überweisende Praxis** (mit Email)