



Überweisung zur spezifischen 3D-Implantatdiagnostik

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) VERWENDUNG EINER SCHABLONE?

DVT-Aufnahme mit Schablone

DVT-Aufnahme ohne Schablone

2b) SCAN-REGION

Oberkiefer

Unterkiefer

gesamter Gesichtsschädel

Einzelzahnregion

2c) IMPLANTATE SIND IN FOLGENDEN LOKALISATIONEN GEPLANT

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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 | |
| <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 | |

Die Implantate sollen ggf. wie folgt positioniert werden:

subcrestal

equicrestal

supracrestal

2d) ZUSÄTZLICHE KLINISCHE FRAGESTELLUNGEN (besondere Bemerkungen)

3.

DIE 3D-DATEN WERDEN FÜR FOLGENDE WEITERVERARBEITUNG BENÖTIGT

keine

MExPERT® IPM ZL

Nobel Clinician®

MExPERT® IPM

coDiagnostiX™

SimPlant®

MExPERT® IPM 2.0

IMPLA™ 3D

anderes System: _____

4.

OPTIONEN FÜR DIE BEREITSTELLUNG DER REKONSTRUIERTEN DICOM-DATEN

Versandoptionen für DICOM-Daten

- keine DICOM-Daten erwünscht
- nur DICOM-Daten
- DICOM-Daten mit kostenloser Viewer-Software
- MESANTIS® DICOM-Lounge
- Patient/in DICOM-Daten auf CD mitgeben
- Versand der DICOM-Daten per Post

5.

OPTIONEN FÜR DEN MEDIZINISCHEN BEFUNDBERICHT UND DIE INDIKATIONSBEZOGENE REPORTERSTELLUNG

Versandoptionen für Befundbericht und Report

- nur Befundbericht
- Befundbericht und Report
- nur Report (Fachkunde vorhanden)
- kein Befundbericht und kein Report
- MESANTIS® Überweiser-Lounge
- auf CD per Post

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

6.

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® Berlin 3D DENTAL-RADIOLOGIE

Georgenstraße 25
10117 Berlin

Direkt am S-/ U-Bahnhof Friedrichstraße

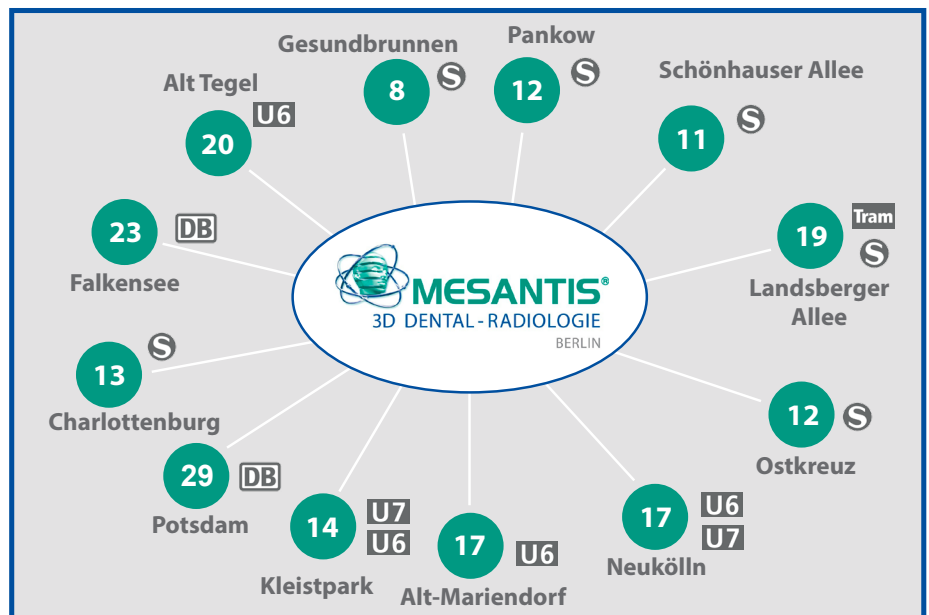
Fon 030 - 200 744 280
(nur Terminvereinbarung)

Fon 030 - 200 744 284
(nur Auftragsbearbeitung)

Fon 030 - 200 744 288
(nur IPM-Support)

Fax 030 - 200 744 289

E-Mail info@mesantis-berlin.de



15 Anfahrtszeit in Minuten