



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

Versandoptionen für DICOM-Daten

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine DICOM-Daten erwünscht | <input type="checkbox"/> MESANTIS® DICOM-Lounge |
| <input type="checkbox"/> nur DICOM-Daten | <input type="checkbox"/> Patient/in DICOM-Daten auf CD mitgeben |
| <input type="checkbox"/> DICOM-Daten mit kostenloser Viewer-Software | <input type="checkbox"/> 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® Berlin 3D DENTAL-RADIOLOGIE

Georgenstraße 25
10117 Berlin

Direkt am S-/ U-Bahnhof Friedrichstraße

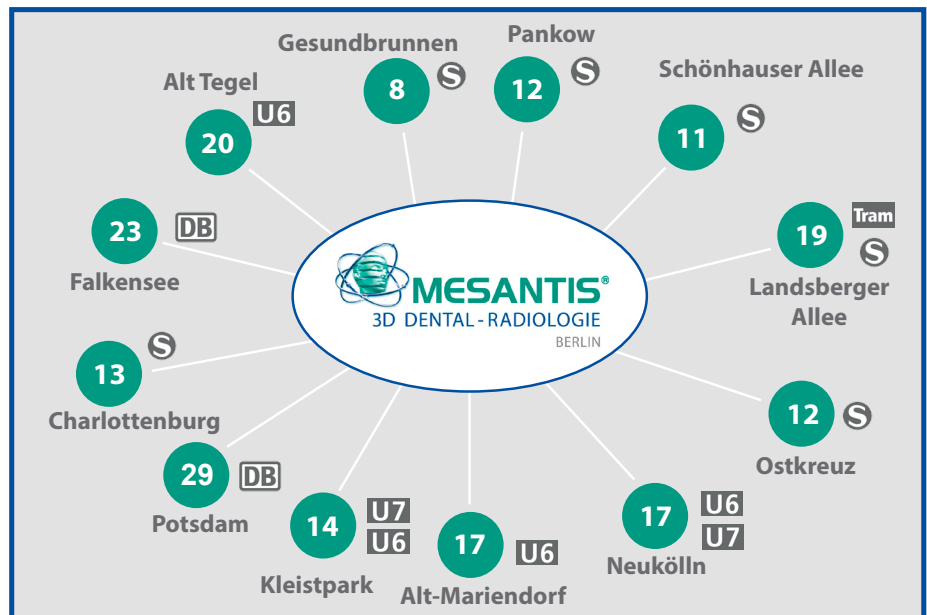
Fon 030 - 200 744 280
(nur Terminvereinbarung)

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