

## Überweisungsformular: Digitale Volumentomografie (DVT)

**Patientendaten:**

Vorname, Name: .....

geb. am: .....

Versicherung: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: .....

*Praxisstempel und Unterschrift*

**Ziel**

Beratung

Behandlung

**Dentoalveolär:**

Endodontie

Apikale Ostitis

Parodontologie

Traumatologie

Retiniert und verlagerte Zähne

Knochenläsion / Zyste

Kiefergelenksdiagnostik

Zahnanomalien

Fehlstellungen

**Implantologie:**

Planung

Knochenangebot

Augmentation

Periimplantitis

Navigierte Implantation  
System: .....

**Andere:**

Dentogene Fokussuche

Sinus maxillaris /  
Nasenbenhöhle

**A** Diagnostik mit Arztbrief und Chirurgie durch Dr. Alexander Krauß (Zahnklinik Altötting)

**B** Ausschließlich Diagnostik mit Arztbrief

**C** Ausschließlich Diagnostik für Implantologie / Augmentation / Navigation

**D** Ausschließlich Diagnostik und Befunderhebung durch Überweiser

Der Fachkundenachweis ist einmalig in Kopie erforderlich. Bitte für jede Überweisung / jeden Patienten unterschreiben:  
Hiermit beauftrage ich Dr. Alexander Krauß eine digitale Volumentomografie durchzuführen. Ich besitze eine gültige Fachkunde DVT. Die Indikation wurde durch mich gestellt. Ich werde einen Befund für den gesamten Datensatz erheben. Ferner werde ich eine fachgerechte Therapie selber durchführen oder veranlassen. Bei unklarem Befund Sorge ich für eine Abklärung oder eine weiterführende Diagnostik. Ich habe den Patienten über die Strahlenbelastung eines DVTs aufgeklärt.

*Unterschrift und Datum fachkundiger Arzt:* .....

Die Kosten für ein DVT werden dem Patient privat in Rechnung gestellt (A, B, C) richten sich nach GOÄ 5370 \* 1 bis 1,8fach zzgl. 5377 \* 1fach

**Bemerkungen**

.....  
.....

