



**DVT Zentrum Kulmbach**  
Dr. Michael Groh | Dr. Silke Rosenbusch

## Überweisung zur dentalen Volumentomographie

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Der/Die Patient/in wird für folgende Leistungen überwiesen:

- Oberkiefer
- Oberkiefer mit Röntgenschablone
- Unterkiefer
- Unterkiefer mit Röntgenschablone
- Ober- und Unterkiefer

Schablonentyp (z.B. Med-3D, Nobelguide, Simplant-Materialise) \_\_\_\_\_

Fragestellung

- Implantologie
- Parodontologie
- Endodontologie
- Kiefergelenk rechts / links
- Kieferhöhle rechts / links
- Verlagerte Zähne

Region: \_\_\_\_\_

Region: \_\_\_\_\_

Region: \_\_\_\_\_

Anmerkung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Praxisstempel \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

### DVT Zentrum Kulmbach

Praxis für Zahnheilkunde  
Dr. med. dent. Michael Groh  
Dr. med. dent. Silke Rosenbusch

Wilhelm-Meußdoerffer-Str. 2  
95326 Kulmbach

Telefon 09221 64455  
Telefax 09221 67326

info@dvt-zentrum-kulmbach.de  
www.dvt-zentrum-kulmbach.de

