



Überweisungsformular

Bitte per Fax, Post oder eingescannt per Email zurück

Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

telefonisch erreichbar unter:

Versicherung PKV GKV

Teilgebiete der rechtfertigenden Indikation

Implantologie regio

Zahnärztliche Chirurgie regio

Endodontie regio

sonstiges

Gewünschte Bildgröße

5x5 cm (lokal)

8x6 cm (ein Kiefer)

15x8 cm (zwei Kiefer)

Klinische Fragestellung/Bemerkungen

Versendung:

Email (Cryptshare)

Post (CD)

Datum/Absender