

Patienteninformation **BITTE AUSFÜLLEN**

Termin vereinbart

Datum und Uhrzeit

Erste Untersuchung im DDZ Folgeuntersuchung im DDZ

Patientendaten

Herr Frau Patienten ID: Wird vom DDZ eingetragen Geburtsdatum: _____

Vor-/Nachname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Land: _____

Telefon: _____ Email: _____

Letzte Röntgenuntersuchung: _____ Schwangerschaft: ja nein

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei meinem Kind eine DVT-Untersuchung im DDZ durchgeführt werden darf.

Gesetzliche/r Vertreter/in Herr Frau

Vor-/Nachname: _____ Unterschrift: _____

Privat-Liquidation

Sie wünschen die privatärztliche/-zahnärztliche Behandlung durch uns. Die Abrechnung erfolgt auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte. Ggf. wird bis zum 2,3-fachen Satz abgerechnet, wenn der Zeitaufwand oder erschwerte Umstände dies erfordern, unabhängig davon, ob Ihre Krankenkasse oder Ihre Beihilfestelle die angegebene Begründung anerkennt. Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass darüber hinausgehende Leistungen, wie z. B. telefonische Beratung ggf. in Rechnung gestellt werden. Mit der Befundung wird ein Bericht erzeugt. Diesen senden wir mit dem DVT-Datensatz je nach Wunsch EINMAL an Ihre überweisende Praxis oder an Sie persönlich. Zusätzliche Kopien erstellen wir kostenpflichtig.

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, weiterhin bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

WIRD VON DER ÜBERWEISENDEN PRAXIS AUSGEFÜLLT

Rechtfertigende Indikation gemäß § 83 (3) StrlSchG sowie § 119 StrlSchV:

Implantatplanung in Regio: _____

Mit Röntgenschablone Biss sperren

Vor Extraktion in Regio: _____

Beschwerden in Regio: _____

Fokussuche in Regio: _____

NNH: _____

Andere: _____

Zusatzinformationen: _____

ÜBERWEISENDE PRAXIS

Name: _____

Ansprechpartner: _____

WIRD VOM DDZ AUSGEFÜLLT

Rg an _____

+P _____

+AN _____

Technische Durchführung: _____

Befund gesendet: _____