

Die
KLINIK
ZAHNÄRZTLICHE RADIOLOGIE

ÜBERWEISUNGSSCHEIN DVT

Patient/in

geboren am

gewünschte Indikation

(Planung Implantation/ sonstiger chirurgischer Eingriff/ Abklärung einer Verdachtsdiagnose und Regio des/ der Zähne oder Bereiches)

.....
Praxisstempel und Unterschrift

.....
Ort und Datum