

Röntgenauftragsformular

Überweisender Zahnarzt

Name Vorname
Strasse PLZ | Ort
Telefon e-mail
Datum

Patientendaten

Name Vorname
Strasse PLZ | Ort
Telefon e-mai

Termin

Dringlichkeit? HOCH (1 Woche) NORMAL (2 – 3 Wochen)

Frühere Röntgenuntersuchungen

Schwangerschaft? JA NEIN

Spezielle Feststellungen

Orthopantomographie (OPG)

Digitale Volumentomographie mit Galileos (Sirona) inkl. CD-ROM mit Viewer
(kein virtuelles Implantatsetzen möglich) (Fr. 330.-)
Regio:

Guided Surgery / Sleeve in sleeve (bitte Rücksprache mit **arcadens** aufnehmen)

Ort / Datum Unterschrift: