

Zuweisung für Digitale Volumentomographie (DVT) mit Planmeca ProMax 3D

PATIENT

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Sozialversicherungsnr.: _____

Oberkiefer

EUR 110,-

Unterkiefer

KLINISCHE SYMPTOMATIK / DIAGNOSE / FRAGESTELLUNG

Die Daten werden ausschließlich auf USB-Stick geliefert.

Ein Betrachtungsprogramm ist auf dem USB-Stick enthalten.

Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes:

Datum: _____

Alle Kassen & Privat

Tätigkeitsschwerpunkte: [Ästhetische Zahnheilkunde](#) | [Kieferorthopädie](#) | [Implantologie](#)

Marienplatz 14 | 7021 Draßburg | T: 02686 3100 | F: 02686 3100-1 | E: ordination@zahnkaiser.at | www.zahnkaiser.at

Bank: Commerzialbank | Name: Dr. Rudolf Kaiser | IBAN: AT37 1962 0008 0000 0044 | BIC: CBMUAT21