

Name	DVT Anforderung 3D-eXam	KFO	Kons	Proth	
Vorname		Überweiser: Name: Klinik / Praxis:			
Geb. Datum					KV:
Versicherung					mA:
	Sek.	Röntgenabteilung Klinik für MKG-Chirurgie Tel.: 0731-500-64307			

Klinische/röntgenologische Fragestellung (RI) mit der Angabe der gewünschten Voxelgröße: <input type="checkbox"/>	Rechtfertigende Indikation der/des DVT Beauftragten:
Unterschrift: _____ Tel: _____	Stempel Datum: _____ Unterschrift: _____

Datenexport: DICOM cldvts CD Datum: _____ Unterschrift: _____	DVT – durchgeführt von: Datum: _____ Unterschrift: _____
---	--

Von Patientin / Vom Patienten auszufüllen

1. Wurden Sie in den letzten 3 Monaten am Kopf geröntgt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2. Wenn ja, von wem? In welcher Praxis/Klinik?		
3. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4. Haben Sie schwere Allgemeinerkrankungen? (Welche _____)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5. Haben Sie eine Infektionserkrankung? (Welche _____)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6. Haben Sie eine Angsterkrankung und/oder Epilepsie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7. (Für Patientinnen) Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ungewiss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Einverständniserklärung für die Röntgenuntersuchung
Ich bin über den Nutzen und die Risiken der digitalen Volumentomographie (DVT), sowie über die Kosten (in Höhe von: _____ €) aufgeklärt worden und mit der Untersuchung einverstanden.
Ich bin mit der Weiterverwendung meiner anonymisierten Röntgenbilder und anonymisierten Patientendaten für wissenschaftliche Zwecke, Forschung, Lehre und Fachpublikationen einverstanden.

Datum: _____	Unterschrift: _____
---------------------	----------------------------

Bitte zeichnen Sie den gewünschten Bildausschnitt (FOV) in die Skizze



Welche Regionen u.g. sollen in der Aufnahme abgebildet werden

OK

UK

KG

Orbita

OK und UK

Nasennebenhöhlen

Sinus frontalis

Sinus maxillaris