



Universitätsklinikum Ulm  
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
Klinik für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie  
Dento-maxillo-faciale Radiologie  
Albert-Einstein-Allee 11  
89081 Ulm

## Zuweisung für Digitale Volumentomographie ( DVT ) mit 3D-eXam oder Pan eXam plus 3D

Fax-Nr. 0731-500-64330

PATIENT

Name: \_\_\_\_\_

PLZ /Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. für telefonische Terminvereinbarung DVT \_\_\_\_\_

Klinische Symptomatik / Diagnose / Fragestellung

Die Daten werden ausschließlich auf CD geliefert.  
Ein Betrachtungsprogramm ist auf der CD enthalten.

Überweiser Fachkunde : ja   
nein

Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes:

Datum: \_\_\_\_\_