



## Überweisung zur dentalen Volumentomographie

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Email

Der/die Patient/in wird für folgende Leistung überwiesen:

- Oberkiefer       mit Schablone       Unterkiefer       mit Schablone

Schablonentyp (z.B. SIMPLANT®, Nobelguide®) \_\_\_\_\_

- Aufnahme zur Planung einer später folgenden Implantation regio \_\_\_\_\_

- Aufnahme zur Auswertung für Parodontologie

- Aufnahme zur Analyse für endodontologischen Eingriff \_\_\_\_\_

- Kieferorthopädie

- Kiefergelenk       rechts       links       beidseits

- Sinus maxillaris       rechts       links       beidseits

Besondere Fragestellung/Bemerkung:

---

---

---

---

---

Praxisstempel

Datum /Unterschrift

Name der Überweiserpraxis

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass der überwiesene Patient darüber aufgeklärt wurde, dass er vor Anfertigung der Aufnahmen die Kostenübernahme durch Krankenkasse/Krankenversicherung oder andere Kostenerstatter abklären kann. Für die Erstellung, Auswertung und Befundung der Röntgenaufnahme erhält der Patient eine Honorarrechnung gemäß einer Vereinbarung für die Privatbehandlung gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z.

### Praxis Süd

Schwabacher Str. 75  
90439 Nürnberg

☎ 09 11 – 61 80 00

✉ info@drkrug.de

### Praxis Nord

Ludwig-Feuerbachstr. 71  
90489 Nürnberg

☎ 09 11 – 55 33 34

✉ info@drkrug.de



www.drkrug.de



@zahnarztpraxisdr.krug\_kollegen

überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft  
Dr. Katharina Krug & Dr. Florian Krug