



MVZ RADIOLOGIE KARLSRUHE

DAS ZENTRUM FÜR DIAGNOSTIK IN DER KARLSTRASSE

DVT-ÜBERWEISERBOGEN

.....
Patientenname

.....
Geburtsdatum

Stempel Überweiser

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Fragestellung an:

Indikation	
V.a. Verlagerter Zahn/verlagerte Zähne Regio _____	
V.a. Mesiodens Regio _____	
V.a. Wurzelfraktur des Zahnes _____	
V.a. interne/externe Wurzelresorption des Zahnes _____	
V.a. Stiftperforation des Zahnes _____	
Beurteilung der periapikalen Situation Regio _____	
V.a. Nervtraumatisierung bei tegumental getragendem Zahnersatz Regio _____	
Implantologische Diagnostik: _____	
V.a. unmittelbare Lagebeziehung zu Risikostrukturen bei geplanter Weisheitszahnerntfernung	
Unklare knöcherne Veränderungen Regio _____ (z.B. großer odontogener Zysten, odontogener Tumoren, primärer Knochentumoren)	
V.a. Pathologien der Kieferhöhle Regio _____	
Lokalisation eines Fremdkörpers Regio _____	
Sonstiges _____	

MVZ Radiologie Karlsruhe
Karlstr. 104-106
76137 Karlsruhe
Tel: +49 721 93248-0
Fax: +49 721 357501
www.radiologie-karlsruhe.de