

## Röntgenauftragsformular

### Überweisender Zahnarzt

Name  Vorname   
Strasse  PLZ | Ort   
Telefon  e-mail   
Datum

### Patientendaten

Name  Vorname   
Strasse  PLZ | Ort   
Telefon  e-mai

### Termin

Dringlichkeit?  HOCH (1 Woche)  NORMAL (2 – 3 Wochen)

### Frühere Röntgenuntersuchungen

Schwangerschaft?  JA  NEIN

### Spezielle Feststellungen

Orthopantomographie (OPG)

Digitale Volumentomographie mit Galileos (Sirona) inkl. CD-ROM mit Viewer  
(kein virtuelles Implantatsetzen möglich) (Fr. 330.-)

Regio:

Guided Surgery / Sleeve in sleeve (bitte Rücksprache mit **arcadens** aufnehmen)

Ort / Datum

Unterschrift: