

Poliklinik:

Mo. – Fr. Vorm. 8:00 – 12:30 Uhr
Mo. – Do. Nachm. n. Terminvereinbarung
Tel.: (0931) 201 - 74854
Fax: (0931) 201 - 7290

Anmeldung zur Röntgendiagnostik:

Bitte um Durchführung folgender röntgenologischer Untersuchung bei meinem/er Patienten/in:

Herrn/Frau _____

DVT (CD mit Viewer wird Patient mitgegeben)

OPG

Rechtfertigende Indikation: _____

Bitte um virtuelle Implantat-Planung

Regio: _____

Anzahl Implantate: _____

Implantat-System: _____

Praxisstempel