Überweisender Zahnarzt ☐ Privat ☐ Kons ☐ RekGero ☐ KFO ☐ Paro

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort

Telefon E-mail

Patient

Name Vorname

Geburtsdatum

Adresse PLZ/Ort

Telefon E-mail

UNIVERSITÄT BERN

zmk bern

Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern

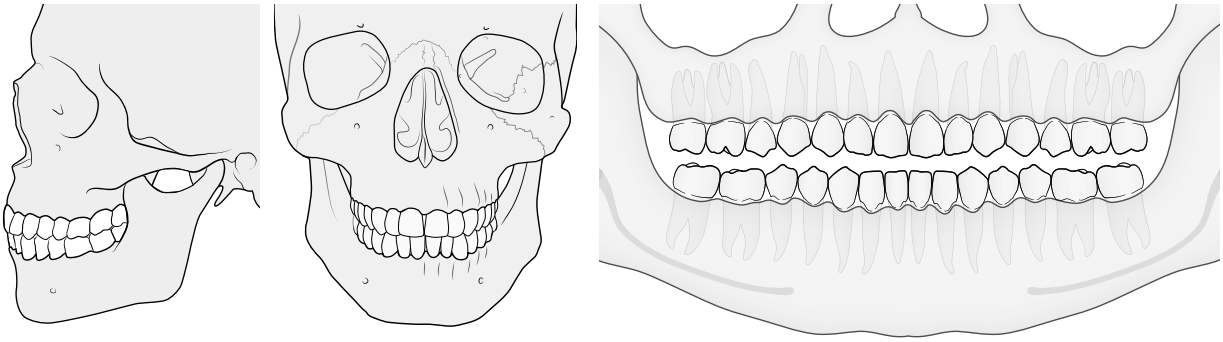
Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie

Abteilung für Oral Diagnostic Sciences

Röntgenauftragsformular

Frühere Röntgenuntersuchungen:			
Schwangerschaft:	☐ Ja	☐ Nein	
Tarif:	☐ KVG	☐ UVG	☐ Privat
Dringlichkeit:	☐ Hoch (1 Woche)		☐ Normal (2–3 Wochen)
☐ **Intraorale Tubusaufname Regio:**			
☐ **Orthopantomographie (OPG)**			
☐ **Teil-Orthopantomographie (OPG):**	☐ Rechts	☐ Links	☐ Front
☐ **Fernröntgen (OneShotCeph)**			
☐ **Digitale Volumentomographie Regio:**			
Fragestellung (bitte für alle Aufnahmen angeben!)**:**			

Bitte gewünschte Region ungefähr als Viereck einzeichnen.



Ort/Datum Unterschrift

Überweisung an: Prof. Dr. med. dent. Ralf Schulze • Freiburgstrasse 7, CH-3010 Bern
Back-Office: ueberweiser.chir.zmk@unibe.ch • Telefon +41 31 684 07 07