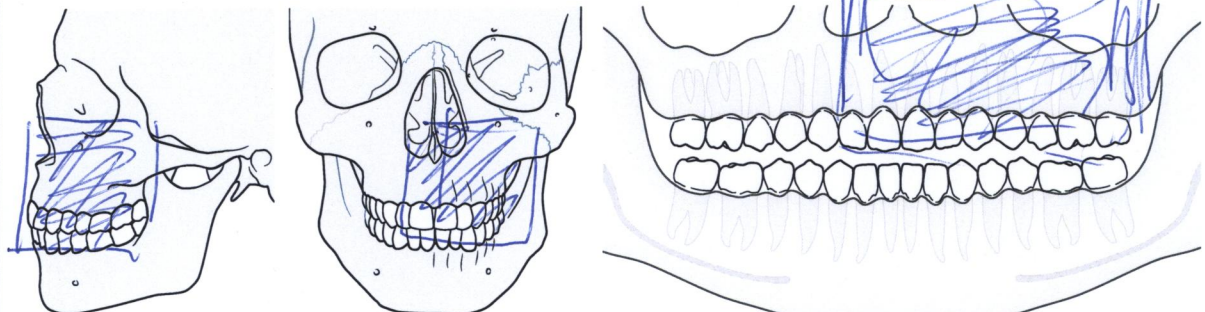


**Überweisender Zahnarzt**
 Privat    Kons    RekGero    KFO    Paro
Name  Vorname Adresse  PLZ/Ort Telefon  E-mail **Patient**Name  Vorname Geburtsdatum Adresse  PLZ/Ort Telefon  E-mail **u<sup>b</sup>****UNIVERSITÄT  
BERN****zmk bern****Zahnmedizinische Kliniken  
der Universität Bern**Klinik für Oralchirurgie und  
StomatologieAbteilung für Oral Diagnostic  
Sciences**Röntgenauftragsformular****Frühere Röntgenuntersuchungen:****Schwangerschaft:**  Ja    Nein**Tarif:**  KVG    UVG    Privat**Dringlichkeit:**  Hoch (1 Woche)    Normal (2-3 Wochen) **Intraorale Tubusaufnahme Regio:** **Orthopantomographie (OPG)** **Teil-Orthopantomographie (OPG):**    Rechts    Links    Front **Fernröntgen (OneShotCeph)** **Digitale Volumentomographie Regio:**   *12 + Ok links + KKH links***Fragestellung** (bitte für alle Aufnahmen angeben!):*unklare Knochenveränderung Ok links + Front bis 12 +  
Kopfteil links*

Bitte gewünschte Region ungefähr als Viereck einzeichnen.



Ort/Datum

Unterschrift

Überweisung an: Prof. Dr. med. dent. Ralf Schulze • Freiburgstrasse 7, CH-3010 Bern  
Röntgenstation: radiologie@zmk.unibe.ch • Telefon +41 (0)31 632 25 61[www.zmk.unibe.ch](http://www.zmk.unibe.ch)