

Röntgenanforderung

Abteilung Zahnärztliche Röntgendiagnostik
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde



Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Datum _____
Schwangerschaft: ja nein

Intraorale Untersuchungen

- orthoradial mesio exz. distal exz.

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

- PA-Status
 Bissflügel regio: PM/M re/li
 Aufbissaufnahme
 Weichteilaufnahme regio:

Klinische Diagnosen und rechtfertigende Indikation

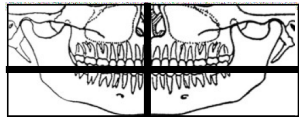
Fragestellung

Extraorale Untersuchungen

Panorama-Schichtaufnahmen:

- OPG Programm 1

- Standard
 Constant
 Artefaktred.



- OPG Programm 2 - Kinder

- Standard
 Constant
 Artefaktred.



- Kiefergelenk lateral (Programm 4)
 Kiefergelenk (6.1, 6.2)

Projektionsaufnahmen Schädel:

- Fernröntgenseitenaufnahme
 Kiefergelenk Clementschitsch
 Nasennebenhöhle
 Hand
 sonstige Aufnahmen

Stempel und Unterschrift überweisender Arzt

Röntgenanforderung

Abteilung Zahnärztliche Röntgendiagnostik
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde



Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Datum _____
Schwangerschaft: ja nein

Intraorale Untersuchungen

- orthoradial mesio exz. distal exz.

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

- PA-Status
 Bissflügel regio: PM/M re/li
 Aufbissaufnahme
 Weichteilaufnahme regio:

Klinische Diagnosen und rechtfertigende Indikation

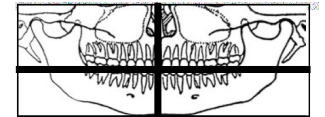
Fragestellung

Extraorale Untersuchungen

Panorama-Schichtaufnahmen:

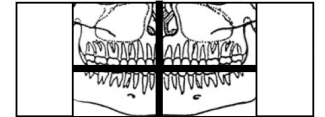
- OPG Programm 1

- Standard
 Constant
 Artefaktred.



- OPG Programm 2 - Kinder

- Standard
 Constant
 Artefaktred.



- Kiefergelenk lateral (Programm 4)
 Kiefergelenk (6.1, 6.2)

Projektionsaufnahmen Schädel:

- Fernröntgenseitenaufnahme
 Kiefergelenk Clementschitsch
 Nasennebenhöhle
 Hand
 sonstige Aufnahmen

Stempel und Unterschrift überweisender Arzt