



DVT Anmeldeformular

Sehr geehrte Damen und Herren,

um im Vorfeld sicherzustellen, dass Sie von einer DVT-Untersuchung profitieren, benötigen wir einige Informationen von Ihnen und Ihrem behandelnden Zahnarzt bzw. Mund-Kiefer-Gesichts-(MKG) Chirurgen.

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Zuweiserverdaten / Stempel

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Unterschrift Arzt: _____

Indikation für eine DVT (zutreffendes ankreuzen/unterstreichen und Zahnregion (ZR) angeben)

Zahnärztliche- und MKG-Chirurgie

Implantologie

Implantatplanung

- bei deutlicher morphologischer Deformation des Kiefers (ZR: _____)
- bei unsicherer Darstellung der zum Implantatbett benachbarten Strukturen (ZR: _____)
- bei Z. n. Voroperationen am Sinus maxillaris mit möglichem Einfluss auf die bevorstehende Implantation (ZR: _____)
- Eingriffe mit Kieferhöhlenbezug und Verdacht auf Kieferhöhlenpathologie (z. B. Sinusitis) (ZR: _____)
- Nach zweifelhaftem Erfolg einer Knochenaugmentation (ZR: _____)
- Planung von besonderen Therapiekonzepten z. B. Sofortversorgung, navigierte Chirurgie (ZR: _____)
- Komplikationen nach Implantation / Augmentation (ZR: _____)

Prothetik

- Einschätzung der Pfeilerwertigkeit, wenn diese nicht anders geklärt werden kann (ZR: _____)
- Fragliche Nerventraumatisierung durch tegumental getragenen Zahnersatz (ZR: _____)

Zahnerhaltung

Endodontologie

- Bestätigung bzw. Ausschluss von Wurzelfrakturen, fraglichen periapikalen Läsionen und bei Z. n. Zahntrauma mit sonst unzureichenden Informationen zu Prognose und Behandlung (ZR: _____)
- Zur Planung bei komplexer Wurzelkanalanatomie, bei enger Lagebeziehung zu vulnerablen Strukturen oder ausgedehnten Knochendestruktionen (ZR: _____)
- Bei Verdacht auf Perforation (ZR: _____)
- Bei intrakanalär frakturiertem Wurzelkanalinstrument mit inkonklusiven Röntgenaufnahmen (ZR: _____)
- Beurteilung von inneren und äußeren Wurzelresorptionen (ZR: _____)

Parodontologie

- Klassifikation eines räumlich begrenzten Parodontitisbefunds, mit therapeutischer Relevanz (ZR: _____)

Kieferorthopädie

- Atypische, projektionsradiographische Befunde bei numerischen oder morphologischen Zahnanomalien (ZR: _____)
- Darstellung retinierter Zähne in enger Lage zu verletzlichen Strukturen (ZR: _____)

Andere

- OP-Planung von Molarextraktionen bei unmittelbarer Lagebeziehung zum Canalis mandibulae (ZR: _____)
- Unklare Kiefferaumforderungen zur Bestimmung von Lage und benachbarten Strukturen (ZR: _____)
- Bei Verdacht auf eine Osteomyelitis (ZR: _____)
- Andere: _____ (ZR: _____)

Zahnmedizinisch relevante Vorerkrankungen / Voroperationen: _____