

Patientendaten

Vor.- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/ Hausnummer: _____ PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____ Versicherung: PKV GKV

E-Mail: _____

Untersuchungsregion

Beide Kiefer Zähne/ Bereich _____

Oberkiefer

Unterkiefer

Gewünschte Bildgröße

5x5

8x5

8x8

10x8

Bemerkung

Versendung

per E-Mail (Cryptshare)

Patient mitgeben

per Post (CD)

Wir bedanken uns herzlich für das entgegengebrachte Vertrauen und für die Zusendung der erforderlichen Unterlagen.

Datum/ Absender