

EMFÄNGER

ABSENDER

(Praxisstempel)

**alex**iens

Praxis für Implantologie  
und Oralchirurgie

Alexanderplatz 1

10178 Berlin

FAX (030)

688 39 12 77

# Angaben zur Überweisung

Bereitstellung der Daten gewünscht als

- Spezialfotopapier
- Röntgenfilm
- PDF an folgende E-Mail Adresse \_\_\_\_\_
- Dicom 3.0-Datensatz mit/ohne Viewer,  
kompatibel mit allen gängigen Implantatplanungsprogrammen

---

Patienten-Name

Vorname

Geburtsdatum

---

Implantatplanung regio / Klinische Fragestellung

- Aufnahme ohne Schablone       Patient hat Schablone dabei

Mit freundlichen Grüßen

---

Datum

Unterschrift

Praxisstempel