

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

Die Erstellung einer dreidimensionalen Röntgenuntersuchung der Kiefer und des Kopfbereiches ist bislang keine erstattungsfähige Leistung der gesetzlichen Krankenkasse oder Beihilfe. Die Zusatz- und privaten Versicherer übernehmen zum Teil diese Leistung, dies ist aber von Ihnen abzuklären.

Je nach Fachkundenachweis Ihres Behandlers erstellen wir nur die Aufnahme oder erarbeiten auf Basis der vorliegenden Fragestellung den Befund für Ihren Zahnarzt/Arzt.

In jedem Fall erhalten Sie von uns eine detaillierte Rechnung über die erbrachten Leistungen sowie einen ausführlichen Befundbericht mit den repräsentativsten Aufnahmen und den vollständigen Datensatz auf CD zugesendet.

Zu Strahlenreduktion grenzen wir das Aufnahmefeld ein und fahren indikationsabhängig folgende Aufnahmevolumen:

- |              |  |
|--------------|--|
| <b>5x5cm</b> | Darstellung einzelner Kieferabschnitte, vergleichbar einer dreidimensionalen Zahnfilmaufnahme                  |
| <b>8x8cm</b> | Darstellung des Ober- und Unterkiefers zur Diagnostik von Weisheitszähnen oder Planung von Implantatpositionen |

Je nach dem benötigten Aufnahmevolumen und der vorliegenden Fragestellung fallen folgende Kosten für Sie an:

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="radio"/> Aufnahmevolumen <b>5x5cm mit Befunderhebung</b>  | 119,00 € |
| <input type="radio"/> Aufnahmevolumen <b>5x5cm ohne Befunderhebung</b><br>○ (nur bei Vorlage einer gültigen Fachkunderweiterung Ihres überweisenden Zahnarztes/Arztes) | 89,00 €  |
| <input type="radio"/> Aufnahmevolumen <b>8x8cm mit Befunderhebung</b>  | 159,00 € |
| <input type="radio"/> Aufnahmevolumen <b>8x8cm ohne Befunderhebung</b><br>○ (nur bei Vorlage einer gültigen Fachkunderweiterung Ihres überweisenden Zahnarztes/Arztes) | 109,00 € |

Alle Preise inkl. gesetzlichen Mehrwertsteuer (19%)

Für die dreidimensionale Implantatplanung erarbeiten wir Ihnen gern ein individuelles Angebot in Abhängigkeit der geplanten Implantatzahl, des verwendeten Implantatsystems und Navigation.

Fragen Sie unsere Mitarbeiter!

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

zur Durchführung der notwendigen radiologischen Untersuchung brauchen wir einige Daten von Ihnen;  
wir bedanken uns für die gute Zusammenarbeit.

**Personalien:**

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Aktuelle Wohnadresse

\_\_\_\_\_  
Kontaktdaten für Rückfragen und Befundbesprechung (Telefon, Handy, E-Mail)

Die Daten und Befunde sollen bitte an meinen Zahnarzt gesendet werden:

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des behandelnden und überweisenden Zahnarztes/Arztes

- Ich bin nicht schwanger                       Eine Schwangerschaft besteht oder ist möglich  
 In den vergangenen 6 Monaten wurde kein CT oder DVT des Kopfes erstellt.  
 Ich wünsche nach Befunderhebung ein persönliches Gespräch mit dem erstellenden Arzt.

**Datenschutzerklärung:**

Die angefertigten Bilder werden mit der Fragestellung an einen mit uns kooperierenden fachkundigen Arzt zur Befunderhebung weitergeleitet. Die Aufnahme und den Befund erhalten Sie per Post zugesendet, bei vorliegender Einwilligung erhält Ihr Arzt eine Abschrift.

Die Daten der Aufnahme werden gemäß Röntgenverordnung bei uns 10 Jahre aufbewahrt. Ihre persönlichen Daten werden zu keinem anderen Zweck als der Befunderhebung und Datenarchivierung gespeichert, verarbeitet oder weitergegeben.

**Die Kosten der Aufnahme und Befunderhebung werden, soweit nicht anders vereinbart, von mir übernommen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
Unterschrift des Bevollmächtigten