



ORTHO-PEDE
Zentrum für
Fuß und Sprunggelenk
Digitale Volumentomographie

- externe Patienten -

Name:

CD erhalten:

Vorname:

Geburtsdatum:

Termin:

Unter Belastung: ja / nein

Seite: rechts / links

Artefaktreduktion: ja / nein

OSG hoch eingestellt: ja / nein

Geplante Wiedervorstellung in der Praxis:

Untersuchungsregion DVT:

Vor & Rückfuß inklusive Sprunggelenk

Hand / Finger

Vorfuß

Daumen inkl. DSG

Mittelfuß

Handgelenk

Rückfuß

Unterarm

OSG

Ellenbogen

Knie

Fragestellung: Ausmaß Knöchelne Fehlstellung unter axialer Belastung? Arthrose?

Praxisstempel

Unterschrift anfordernder Arzt

IBAN: DE43300606010005509275
BIC: DAAEDED
Ärzte- und Apothekerbank Berlin
Steuernummer: 25/234/57343



Anmeldung@ortho-pede.de
Telefon: 030 3439 5947
Fax: 030 6220 2457
www.ortho-pede.de