

INSTITUT FÜR
DIGITALE VOLUMENTOMOGRAPHIE

Anmeldung zur Untersuchung

Patient/in:

Name:

Vorname:

geb.:

Praxisstempel:

Region des Interesses:

(oder einkreisen)



Fragestellung/Diagnose: _____

Besonderheiten: _____

Dateiformat und Viewer:

- regulär (one-volume viewer ®, Morita)
- DICOM III-Format für Fremdviewer