

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