

INSTITUT FÜR **D**IGITALE **V**OLUMEN**T**OMOGRAPHIE

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