

Studio di Radiologia Omodeo Zorini

Direttore Sanitario Dott. Paolo Omodeo Zorini

Piazza Erbe, 3 – 15057 Tortona (Al)

Tel: 0131 866 280 - 800 367413 Fax: 0131 866 441

informazioni@studiozorini.it

Studio Dentistico:
Dottor/Dottoressa

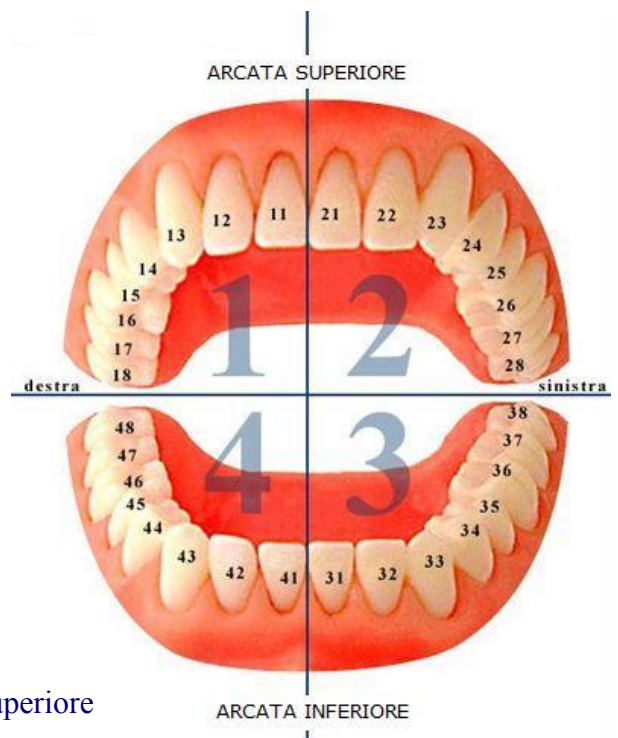
Data:.....

Modulo richiesta esami radiografici dentali

Per il/la Paziente _____

si richiedono i seguenti esami radiografici:

- OPT
- Teleradiografia L.L. Cranio per ortodonzia
- Teleradiografia () A.P. / () P.A. Cranio per ortodonzia
- Esame Cone Beam Arcata Superiore
- Esame Cone Beam Arcata Inferiore
- Esame Cone Beam Zona: _____
- Esame TC tradizionale e ricostruzione Dentascan Arcata Superiore
- Esame TC tradizionale e ricostruzione Dentascan Arcata Inferiore
- ATM Esame Dinamico () ATM Vista Sagittale () ATM Vista Coronale
- ATM 3D
- Altro:



Particolare attenzione per:

Pellicola CD



Necessario CD in formato DICOM per importazione su software di altri produttori