Modulo di richiesta esame CBCT

Timbro del richiedente

Data: _____

Nome e Cognome: _____

Motivazione:

□ Patologia (_____)

□ Valutazione post-trauma □ Impianto □ Estrazione

Regione da studiare:

□ Arcata superiore ⟶ □ con Dima (chirurgia guidata)
□ Arcata inferiore ⟶ □ con Dima (chirurgia guidata)

□ Quadrante:

□ Arcata superiore Destra □ Arcata superiore Sinistra
□ Arcata inferiore Destra □ Arcata inferiore Sinistra

□ Specifico dente ⟶ □ Alta Risoluzione (75µm)

[DX]								[SN]							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

□ OPT (2D) + CBCT Singolo Dente (_____)
□ OPT (2D) + CBCT Singolo Quadrante (_____)
□ OPT (2D) + CBCT Singola Arcata (_____)

□ Articolazione ATM BC/BA ⟶ □ DX □ SN
□ Acquisizione cranio intero per Ortodonzia
□ Studio seni paranasali/massiccio facciale

Note:

_____

_____

_____

Firma del richiedente

Prenotazione per:

Giorno: _____ Ora: _____

HUMANRAY
Via Quintino Sella 62/R
50136 – Firenze
Tel. 333.97.67.781

HUMANRAY
CENTRO MEDICO DIAGNOSTICO

info@humanray.it
www.humanray.it

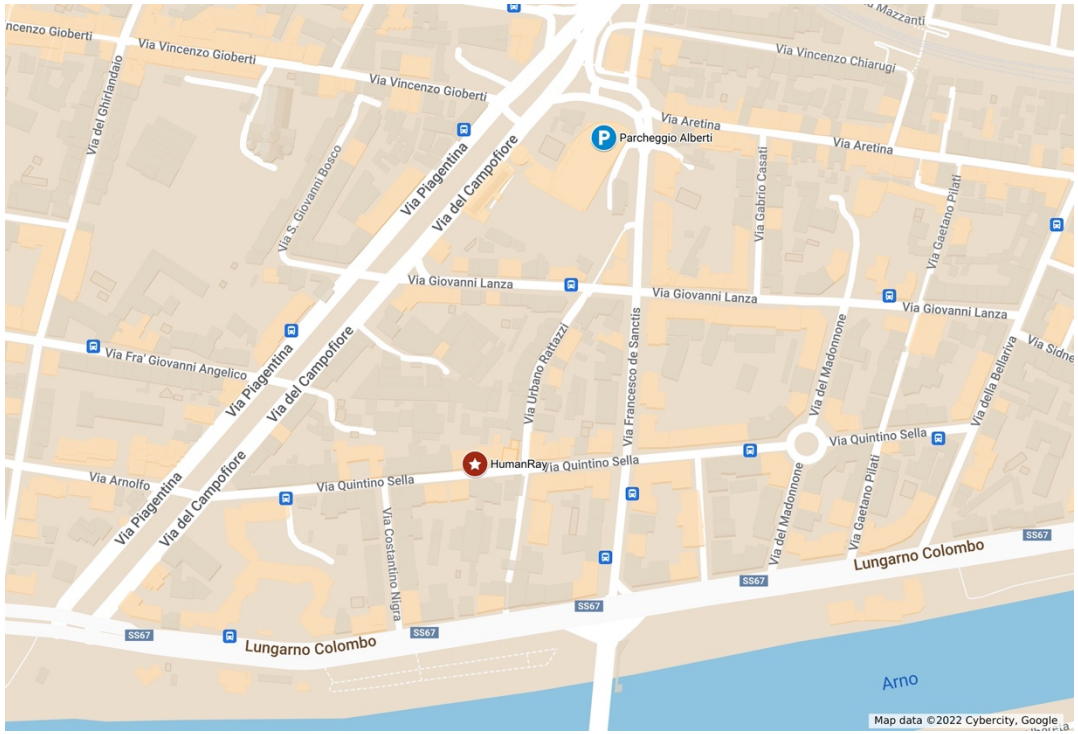
COME RAGGIUNGERE IL CENTRO MEDICO

IN AUTO

Zona Firenze Sud (5 km dal casello autostradale).
A soli 3 minuti di distanza a piedi, si trova il Parcheggio Alberti.

MEZZI PUBBLICI

Linea Ataf: 3 - 14 - 31 - 32
Fermate: Sella-De Sanctis, Lanza-De Sanctis
De Sanctis, Ponte da Verrazzano



INFORMATIVA PER I PAZIENTI

Il paziente è tenuto ad informare il personale medico del Centro di patologie specifiche che non consentano l'esecuzione dell'esame radiologico e **l'eventuale stato di gravidanza certa o presunta.**
Il paziente è invitato a portare eventuali esami radiografici precedenti in suo possesso.