Modulo di richiesta esame OPT/TELE/ATM

Timbro del richiedente

Data richiesta esame: _____

Nome e Cognome: _____

Motivazione:

□ Patologia (_____)

□ Valutazione post-trauma □ Impianto □ Estrazione (_____)

□ Valutazione Ortodontica

Esame:

□ Ortopantomografia (OPT)

□ Telecranio LL
□ Telecranio PA
□ Telecranio LL e PA

□ Ortopantomografia e Telecranio LL

□ Stratigrafia ATM Bilaterale BC/BA
□ Stratigrafia Seni Mascellari
□ Ortopantomografia e Seni Mascellari

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

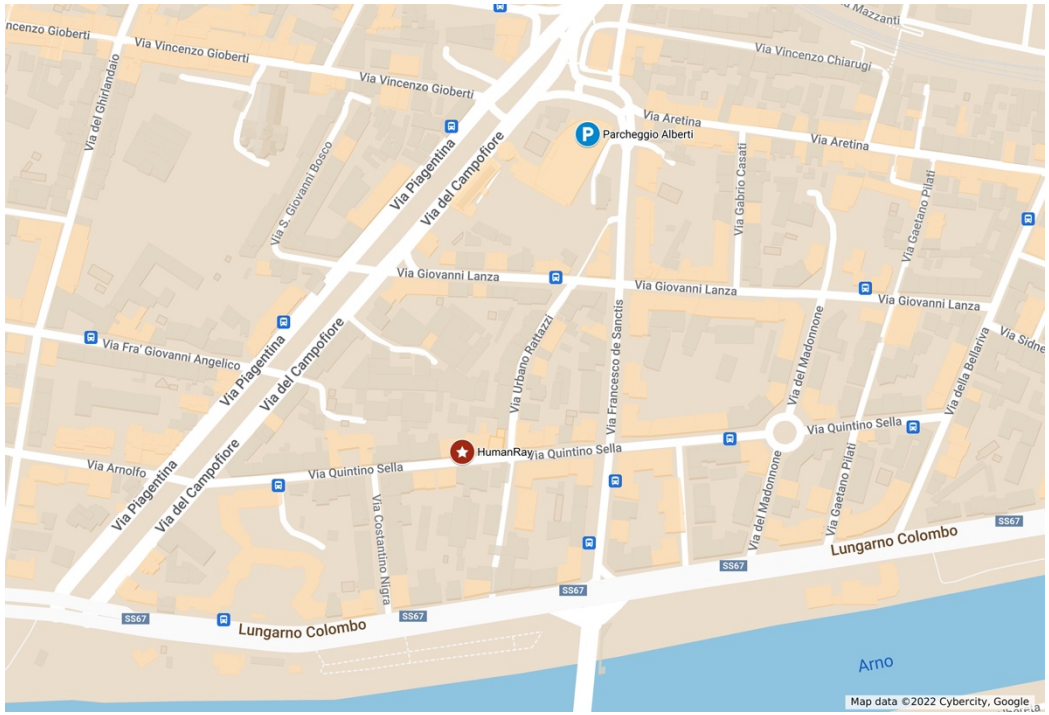
COME RAGGIUNGERE IL CENTRO MEDICO

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-Campofiore, 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.