



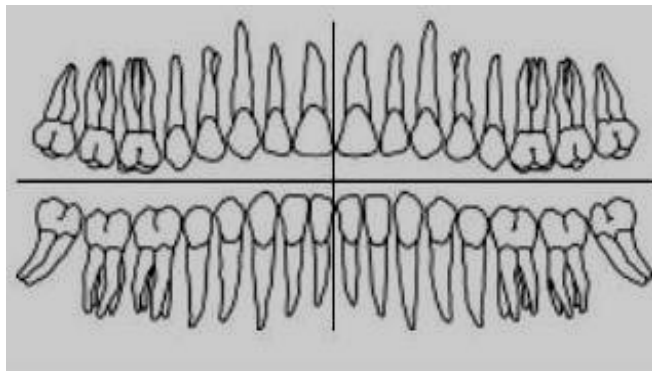
NOME PAZIENTE \_\_\_\_\_

Medico/Specialista (che richiede l'esame) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Motivo dell'esame \_\_\_\_\_

Evidenziare i siti di interesse



## ESAMI DIGITALI STANDARD E PER ORTODONZIA

### STANDARD

Ortopanoramica  
EVIDENZIARE I SITI DI INTERESSE

Ortopanoramica con ingrandimento costante 1.25  
EVIDENZIARE I SITI DI INTERESSE

### ORTODONZIA

Cranio con cefalostato laterale

Cranio con cefalostato postero anteriore

RX mano polso  
INDICE CARPALE

### DENTASCAN

ESAMI DIGITALI IN ALTA DEFINIZIONE CON TOMOGRAFO  
VOLUMETRICO 64 SLICE A BASSA DOSE

- Arcata superiore
- Arcata inferiore
- Arcata superiore ed inferiore (completo)

Monoimpianto  
EVIDENZIARE SITO DI INTERESSE

Esame TC per inclusione di \_\_\_\_\_  
EVIDENZIARE SITO DI INTERESSE

### CONE BEAM ORTHOPOS XG

ESAMI DIGITALI IN ALTA DEFINIZIONE CON TOMOGRAFO  
VOLUMETRICO O CONE BEAM

- Arcata superiore
- Arcata inferiore
- Arcata superiore ed inferiore (completo)

Monoimpianto  
EVIDENZIARE SITO DI INTERESSE

Esame TC per inclusione di \_\_\_\_\_  
EVIDENZIARE SITO DI INTERESSE

## SERVIZI AGGIUNTIVI (selezionare quelli desiderati)

### supporto di stampa

Carta fotografica opaca

Pellicola Trasparente in grande formato  
(dimensioni 35x43)

### dati

CD Dicom  
FORMATO DI SCAMBIO DATI DIGITALI

CD con software GALILEO VIEWER  
CONSENTE RIFORMATTAZIONI LIBERE, PROGRAMMAZIONE DI  
IMPIANTI E VISUALIZZAZIONE IN 3D

### trasmissione esame

Invio esame via mail (indicare indirizzo completo) \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_