

## DATI DEL MEDICO INVIANTE

DOTT. \_\_\_\_\_

STUDIO: \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

## DATI DEL PAZIENTE

NOME: \_\_\_\_\_

COGNOME: \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_ ETÀ: \_\_\_\_\_

M  F  IN STATO DI GRAVIDANZA

## SCOPO DELL'ESAME (OBBLIGATORIO)

- IMPLANTOLOGIA  ORTODONZIA  DENTI INCLUSI  PATOLOGIA ORALE  
 ENDODONZIA  INNESTO OSSEO  PARADONTOLOGIA  ALTRO \_\_\_\_\_

## IMMAGINI 2D - RX

- ORTOPANORAMICA (OPT)  TELECRANIO:  LL  AP  PA  
 OPT ALTA ORTOGONALITÀ **NOVITÀ!**  RX ATM (ART. TEMPORO MANDIBOLARE)

## SERVIZI 2D

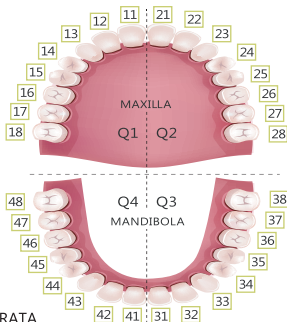
- REFERTO RADIOLOGICO + A.I. (GRATIS)  
 ANALISI TRACCIATO CEFALOMETRICO (A.I.)

## OUTPUT 2D

- CHIAVETTA USB / CD <sup>(1) (2)</sup>  
 STAMPA SU CARTA FOTOGRAFICA <sup>(1) (2)</sup>  
 STAMPA SU PELLICOLA RADIOGRAFICA <sup>(1)</sup>

## SCANSIONI 3D DENTALI - CBCT / TAC TRADIZIONALE AREA DI INTERESSE (OBBLIGATORIO)

- SETTORE: 1-3 SITI (SOLO CBCT)  
 QUADRANTE (SOLO CBCT)  
 Q1  Q2  Q3  Q4  
 1 ARCATA SUPERIORE  CBCT  TAC Trd.  
 1 ARCATA INFERIORE  CBCT  TAC Trd.  
 2 ARCATE  CBCT  TAC Trd.



\* IN ASSENZA DI INDICAZIONE SUL TIPO ESAME SARÀ EFFETTUATA UNA SCANSIONE CBCT.  
 \* IN ASSENZA DI INDICAZIONI DEI SIGNOLI DENTI SARA SCANSIONATA L'INTERA ARCATA

PAZIENTE CON:  PROTESI MARCATA  GUIDA SEPARATA

## SCANSIONI 3D - CBCT : VARIE

- CBCT ATM (ART. TEMPORO MANDIBOLARE)  CBCT SENI PARANASALI  
 CBCT MASSICCIO FACCIALE  CBCT SOLA GUIDA DENTALE

## SERVIZI 3D

- REFERTO RADIOLOGICO + A.I. (GRATIS)  STUDIO DEL TERZO MOLARE (A.I.)  
 STUDIO IMPLANTOLOGICO (A.I.)  STUDIO ORTODONTICO (A.I.)  
 STUDIO ENDODONTICO (A.I.)  CONVERSIONE DICOM → STL SEGMENTATO

## FORMATO 3D CBCT

- DICOM GREZZO (GRATIS)  
 VIEWER IRYS (PREDEFINITO)  
 VIEWER ROMEXIS (UTENTI MAC)  
 DENTAL PACS CLOUD VIEWER

## OUTPUT 3D

- REPORT IMMAGINI ELABORATE IN PDF <sup>(1) (2)</sup>  
 CHIAVETTA USB / CD <sup>(1) (2)</sup>  
 STAMPA SU CARTA FOTOGRAFICA <sup>(1) (2)</sup>  
 STAMPA SU PELLICOLA RADIOGRAFICA <sup>(1) (2)</sup>

## CONSENSO DEL PAZIENTE (OBBLIGATORIO)

IL PAZIENTE PRESTA CONSENSO ALL'INVIO DI IMMAGINI E REFERTI AL MEDICO INVIANTE

## INDICAZIONI CLINICHE (OBBLIGATORIO)

## TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

## NOTE

## PAGAMENTO

## DATA

<sup>(1)</sup> SERVIZIO A PAGAMENTO  
<sup>(2)</sup> CONSEGNA ENTRO 3GG

DOTTORE  PAZIENTE

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_