

RICHIESTA DI PRESTAZIONE PER IL SIG. DATA

MOTIVO DELLA RICHIESTA:

- APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO
- RICERCA CARIE
- SITUAZIONE PARODONTALE
- PRESENZA E/O POSIZIONE DENTI NON EROTTI

RADIOLOGIA DIGITALE

- R1 Radiografia completa delle arcate dentarie sup. e inf.
- R2 Teleradiografia latero-laterale del cranio
- R3-1 Teleradiografia postero-anteriore del cranio
- R3-2 Teleradiografia antero-posteriore del cranio
- R4 Radiografia semiassiale del cranio
- R5 Radiografia assiale del cranio
- R6 Radiografie del carpo
- R8 Seni paranasali (3 immagini)

CHECK-UP

- A-1 R1/R2 - F1 - F2 - F3 - F4 - F5 (SU CD) T precisare tecnica tracciato:
- A-2 R1/R2 - F1 - F2 - F3 - F4 - F5 (STAMPE) T precisare tecnica tracciato:
- A-3 R1/R2 - Fotoscheda ortodontica T precisare tecnica tracciato:
- A-4 R1/R2 - Fotoscheda chirurgica T precisare tecnica tracciato:
- A-5 R1/R2 - (senza fotografie) T precisare tecnica tracciato:

TSCAN III

- R14 - 1 Analisi oclusale computerizzata

TC CONE-BEAM I-Cat 3-D

- R11 - 1 Dente incluso
- R11 - 2 Una arcata
- R11 - 3 Due arcate
- R11 - 4 Check-up ortodontico
- R11 - 5 ATM (due scansioni)
- R11 - 6 Protocollo Nobel™ (due scansioni)
- R11 - 7 Vie Aeree - seni paranasali
- R11 - 8 Elaborazione con software (rendering)
- R11 - 9 Replica anatomica del mascellare o mandibola
- R11 - 10 Replica anatomica completa del cranio

FOTOGRAFIA

(A) Con stampe a colori formato cm 10 x 13
(B) Digitali su CD

EXTRAORALI

A B

- F1 frontale
- F2 profilo

INTRAORALI

- F3 denti anteriori in contatto
- F3 denti anteriori non in contatto
- F4 laterale destra
- F5 laterale sinistra
- serie completa (da F1 a F5)
- F6 overjet
- F7 piano oclusale superiore
- F8 piano oclusale inferiore

FOTOSCHEDA

- ortodontica chirurgica

CEFALOMETRIA

il tracciato dovrà essere eseguito secondo la tecnica:

- T1 SIRIO Standard
- T2 STEINER
- T3 JARABAK
- T4 TWEED
- T5 BENNET MCLAUGHLIN
- T6 RICKETTS
- T7 GIANNI
- T8 SCUOLA DI CAGLIARI
- T9 GIANNI postero anteriore
- altre tecniche

Gli esami volumetrici vengono consegnati tutti su CD. A richiesta stampa dei quadranti di interesse su pellicola.

MOTIVAZIONE DELL'ESAME VOLUMETRICO

.....

.....

.....

ANNOTAZIONI

.....

.....

.....

.....

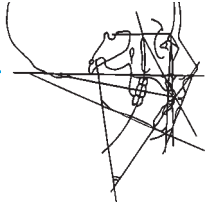
RICHIEDENTE

Studio/Dr.

Via

E-mail

Firma



DOVE SIAMO

- In via Ramazzotti 20, Saronno.

COME RAGGIUNGERCI

- Siamo a **500 mt.** dalla **Stazione FNM.**
- **Treni** da:
Milano - Novara - Como - Varese.
- **Autostrada A9**, uscita Saronno.



PRENOTAZIONI

Tel. 02 96.70.44.15

E-mail: saronno@sirioradiologiadentale.it



RITIRO REFERTI

I referti vengono rilasciati entro 3 giorni dall'esecuzione dell'esame.

Gli esami richiesti con carattere di "urgenza" sono possibili ma da concordarsi.

Su richiesta e solo con esami RX digitali spedizione via e-mail.

