

DEMANDE DE TOMOGRAPHIE VOLUMETRIQUE PAR FAISCEAU CONIQUE (« CONE BEAM »)

Informations patient : (écrire en majuscules)

Mme, Mlle, M. Nom Prénom

Date de naissance

Médecin-dentiste référent :

Nom du médecin-dentiste

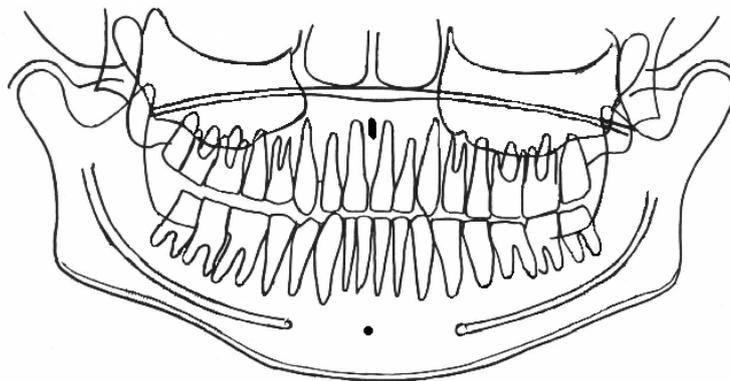
Adresse Code postal Ville

Région(s) à examiner :

.....
.....

Remarques :

.....
.....
.....
.....
.....



Veillez s'il vous plaît encercler la (les) région(s) à examiner.

Date..... Signature du médecin-dentiste et tampon

- Cette demande, complétée par votre médecin-dentiste, sera à remettre à l'accueil de la clinique Ardentis Lausanne.
- Le cas échéant, ayez l'amabilité d'amener le cliché radiographique qui vous a été fourni par votre médecin-dentiste (copie de radiographie intra-orale ou orthopantomographique).
- A la fin de l'examen, un CD-ROM sera gravé. Veuillez le transmettre à votre médecin-dentiste. Une copie du fichier restera sauvegardée sur notre serveur informatique.
- La facture de l'examen sera à régler à la fin du rendez-vous.
- Pour les patients du groupe Ardentis : les examens tomographiques seront transmis via notre réseau informatique et placés directement dans votre dossier.

Ardentis Lausanne
Voie du chariot 6
1003 Lausanne

Sur rendez-vous
Tél. 058 234 00 20

Lundi 7h30-19h00
Mardi-jeudi 7h00-19h00
Vendredi 7h00-18h00
Samedi 9h00-16h00

Plus d'informations :
www.ardentis.ch

