

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

INFORMATIONS PATIENT (écrire en majuscules)

Mme, Mlle, M. Nom Prénom

Date de naissance

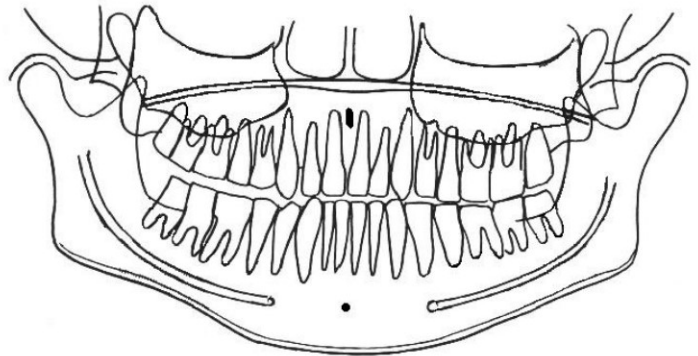
MÉDECIN-DENTISTE RÉFÉRENT

Nom du médecin-dentiste.

Adresse Code postal Ville

Région(s) à examiner :

.....



Remarques :

.....

VEUILLEZ S'IL VOUS PLAÎT ENCERCLER LA (LES) RÉGION(S) À EXAMINER

CLINIQUE ARDENTIS

- Indifférent Lausanne Flon Sion Vevey
- Morges Neuchâtel Martigny Yverdon

PRISE EN CHARGE

Privé Assurance / Numéro de sinistre :

- ▶ Cette demande, complétée par votre médecin-dentiste, sera à remettre à l'accueil de la clinique.
- ▶ 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).
- ▶ 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. Une copie du fichier restera sauvegardée sur notre serveur informatique.
- ▶ J'autorise ARDENTIS à envoyer mes documents via swisstransfer après l'examen.

Date Signature du médecin-dentiste et tampon