

**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 .....

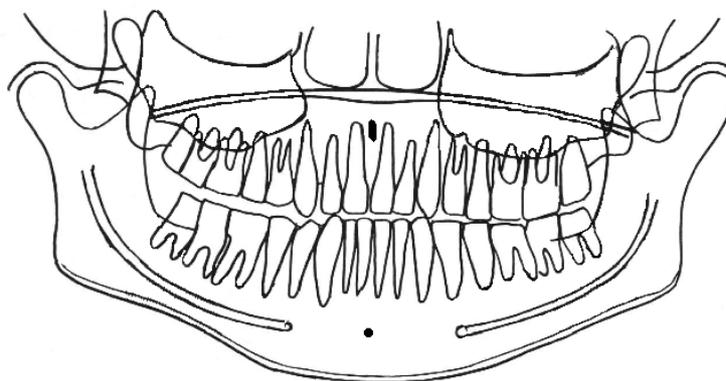
Adresse ..... Code postal ..... Ville .....

Région(s) à examiner :

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

Remarques :

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



**Veillez s'il vous plaît encerler 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 Vevey.
- 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 Vevey**  
Rue du Collège 3  
1800 Vevey

**Sur rendez-vous**  
Tél. 058 234 00 10

**Lundi - Vendredi 7h – 20h**

**Plus d'informations**  
[www.ardentis.ch](http://www.ardentis.ch)

