

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

**INFORMATIONS PATIENT :** *(écrire en majuscules)*

Mme, Mlle, M. Nom ..... Prénom .....

Date de naissance .....

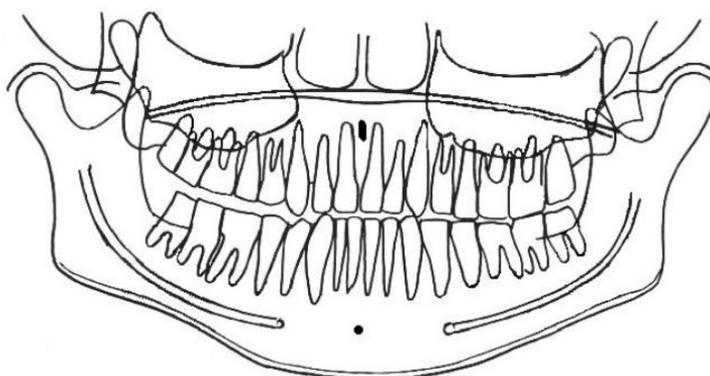
**MÉDECIN-DENTISTE RÉFÉRENT :**

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

- ▶ 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*).
- ▶ 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.

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