STUDIO DENTISTICO

 ***Dott. ……………………………………………………………………….***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Documento di accompagnamento all’esame radiologico**

(rif. Esame radiologico eseguito per il paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

L’esame Rx eseguito (OPT CBCT ) è stato in grado di risolvere il quesito diagnostico sottoriportato?

**Quesito diagnostico:**

 -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NO Si rinvia ad ulteriori approfondimenti diagnostici:

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SI

Lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’odontoiatra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_