

SOL.LICITUD DE PROVA DIAGNÒSTICA

Nom i cognoms:

Cita:

Data: _____

Hora: _____

Clínica i doctor: _____

Segells clínica

Comentaris i observacions:

Tomografia Digital 3D-CBCT

Maxil.lar _____

Mandibular _____

Camp: 5x5cm (HD - 3 peces) _____

Àrea de les peces número :

Camp: 6x9cm (cuadrant) _____

Indicar quadrant 1 2 3 4

ATM

Radiografia d'ATM _____

Ortodòncia

Traçats Cefalomètrics _____

Mètode _____

Sèrie Fotogràfica Digital _____

Orto + Tele + Estudi + Sèrie Fotogràfica _____

Tele + Estudi + Sèrie Fotogràfica _____

Radiodiagnòstic

Ortopantomografia _____

Telerradiografia

Lateral AP

Es recomana demanar cita prèvia:

Horari:

Dilluns a dijous: 10h a 14h i de 15.30h a 19h.

Divendres: 10h a 13h.

Direcció:

Via Augusta 136, local - 08006 - Barcelona

Telèfon: 937 375 828

craugusta@radiologiadentalaugusta.com

www.radiologiadentalaugusta.com

El centre radiològic dental de referència a Sant Gervasi al teu abast



Via Augusta 136, local - 08006 - Barcelona - Tel. 937 375 828 - craugusta@radiologiadentalaugusta.com
www.radiologiadentalaugusta.com



CENTRE RADIOLÒGIC DENTAL
AUGUSTA
Innovació al servei de la salut



OBERT PER A TOTHOM



FLEXIBILITAT HORÀRIA



ÚLTIMA TECNOLOGIA



EQUIP DE CONFIANÇA

Es recomana demanar cita prèvia

Horari:

Dilluns a dijous: 10h a 14h i de 15.30h a 19h.
Divendres: 10h a 13h.