



Identification du patient

Nom & prénom _____

Date de naissance ____/____/____

PRESCRIPTION D'EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

Motifs de l'examen

Examens demandés

<input type="radio"/>	Radiographie panoramique
<input type="radio"/>	Cone Beam C.T.
<input type="radio"/>	Mise au point pré-implantaire
<input type="radio"/>	Simulation pré-implantaire Type d'implants utilisés : _____

Régions à examiner (*)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

(*) Veuillez entourer les zones à examiner ou les dents à remplacer par des implants

Prescripteur

Cachet :	Adresse E-mail :
	Date et signature :