

REGISTRO ESAMI RADIOLOGICI

Ambulatorio/Studio Odontoiatrico Dott. _____ Via _____ Città _____

Apparecchiatura radiologica: Cod. CIVAB _____ Marca _____ Mod. _____ Matricola _____

NUM. PROGR.	RIF. NUM. CARTELLA CLINICA	DATA	NOME E COGNOME (iniziali)	ETA'	TIPO DI ESAME	DOSE D'INGRESSO

Responsabile dell'impianto radiologico: Dott.: _____