

## Aanvraag CBCT-Scan

Datum: .....

*Sticker patiënt*

- |  |                      |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Poelendaelesingel, Poelendaelesingel 12, Middelburg | Tel. 088 - 190 190 1 |
| <input type="checkbox"/> ADRZ Locatie Goes, 's-Gravenpolderseweg 114, Goes   | Tel. 088 - 190 190 1 |
| <input type="checkbox"/> Zuidlandstraat, Zuidlandstraat, Terneuzen           | Tel. 088 - 190 190 1 |

Naam aanvrager: .....

Indicatie scan: .....

Vraagstelling scan: .....

### Aanvraag CBCT:

- Endo (uitsluitend voor 1 element); Goes, Middelburg, Terneuzen
- Volume 5x5 cm (HxD); Goes, Middelburg, Terneuzen
- Volume 8x5 cm (HxD); Goes, Middelburg, Terneuzen
- Volume 8x8 cm (HxD); Goes, Middelburg, Terneuzen
- Volume 12x9 cm (HxD); Goes, Middelburg, Terneuzen
- Volume 16x11 cm (HxD); Goes, Middelburg
- Volume 18x15 cm (HxD); Goes, Middelburg
- Double Scan; Goes, Middelburg

### Resolutie:

- High
- Green / Standaard
- Endo

### Doelgebied opname:

- Mandibula, regio .....
- Maxilla, regio .....
- Sinus maxillaris: *Links / Rechts / Beiderzijds*
- Kaakgewricht: *Links / Rechts / Beiderzijds*
- Zygoma regio: *Links / Rechts / Beiderzijds*
- Anders, nl .....