## **EBIT**

### CENTRO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

# Az.Osp. di Prova

Cognome e Nome ANONYMOUS4328 ANONYMOUS

Luogo di Nascita ABANO TERME

Residente a **ACATE** 

GTWGWY82B42G920M **Codice Fiscale** 

Telefono

112221334

09/03/2023 Ambulatori

Provenienza Tipo Esame RX mano Sn

Femmina Sesso Data di Nascita 12/05/1985 Indirizzo Via test 12

Tessera Sanitaria N° paziente

N° Accettazione

EXT115181

0000016079 Data Refertazione 09/03/2023

Tecnico Esecutore Administrator Administrator

### Referto

**Data Esame** 

Testo del referto di prova, caso di test ID85 RAD\_CT15\_KO

#### **Tecnica D'Esame**

RX mano Sn

Description	Soprannome	Value	test
Description	Data Strutturata	Value	09/03/2023

II Medico Radiologo Dott. Administrator Administrator