

# EBIT

CENTRO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

## Az.Osp. di Prova

**Cognome e Nome** PROVA ANAGRAFICA LATINA  
**Luogo di Nascita** ABBADIA SAN SALVATORE  
**Residente a** MEDESANO  
**Codice Fiscale** PRVNRF16A45A006S  
**Telefono** 987654321012

**Sesso** Femmina  
**Data di Nascita** 05/01/1916  
**Indirizzo** Via della Residenza, 50/1  
**Tessera Sanitaria** TSN1234512345  
**N° paziente** PATIENTID0002-B

**Data Esame** 09/03/2023  
**Provenienza** Ambulatori  
**Tipo Esame** RX mano Entrambi

**N° Accettazione** 0000016082  
**Data Refertazione** 10/03/2023  
**Tecnico Esecutore** Administrator Administrator

### Referto

testo del referto, caso di test ID78 CDA\_RAD\_CT8\_KO

### Tecnica D'Esame

RX mano Entrambi

Description	Soprannome	Value	test
-------------	------------	-------	------

Description	Data Strutturata	Value	09/03/2023
-------------	------------------	-------	------------

**Il Medico Radiologo**  
Dott. Administrator Administrator