

# EBIT

CENTRO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

## Az.Osp. di Prova

**Cognome e Nome** ANONYMOUS4328 ANONYMOUS  
**Luogo di Nascita** ABANO TERME  
**Residente a** ACATE  
**Codice Fiscale** GTWGWY82B42G920M  
**Telefono** 112221334

**Sesso** Femmina  
**Data di Nascita** 12/05/1985  
**Indirizzo** Via test 12  
**Tessera Sanitaria**  
**N° paziente** EXT115181

**Data Esame** 08/03/2023  
**Provenienza** Ambulatori  
**Tipo Esame** RX mano Sn

**N° Accettazione** 0000016073  
**Data Refertazione** 08/03/2023  
**Tecnico Esecutore** Administrator Administrator

### Referto

Testo del referto di prova, caso di test 2.  
Conclusioni: testo delle conclusioni del referto.

### Tecnica D'Esame

RX mano Sn

Description	Soprannome	Value	test
Description	Data Strutturata	Value	08/03/2023

**Il Medico Radiologo**  
Dott. Administrator Administrator