



г. Соликамск, ул. 20 лет Победы, 119
www.3D-solikamsk.ru
ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСЬ ПО ТЕЛЕФОНУ:
8-912-980-60-60

Режим работы:
Пн-Пт 09.00 - 18.00
Сб, Вс - выходной

НАПРАВЛЕНИЕ НА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ф.И.О. пациента _____

Клиника _____ Адрес клиники _____

Врач _____ Контактный тел.клиники/Врача _____

Область интереса:

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

Конусно-лучевая компьютерная томография:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> КТ обеих челюстей | <input type="checkbox"/> КТ носоглотки |
| <input type="checkbox"/> КТ нижней челюсти | <input type="checkbox"/> КТ ВНЧС |
| <input type="checkbox"/> КТ верхней челюсти | <input type="checkbox"/> КТ скуловой кости |
| <input type="checkbox"/> КТ сектора до 4 зубов | <input type="checkbox"/> КТ орбиты |
| <input type="checkbox"/> КТ придаточных пазух носа | <input type="checkbox"/> КТ костей носа |
| <input type="checkbox"/> КТ височной кости | |

Цифровая рентгенография:

- Ортопантомограмма (ОПТГ)

Дополнительно:

- Оценка состояния зуба

Комментарии врача _____
