

Направление на рентгенологическое исследование

в ООО «Центр семейной стоматологии»



ПН 9:00 - 21:00
ВТ 9:00 - 21:00
СР 9:00 - 21:00
ЧТ 9:00 - 21:00
ПТ 9:00 - 21:00
СБ 10:00 - 18:00
ВС 10:00 - 18:00

г.Уфа ул.Кирова - 103
тел. +7(347) 246-63-30

ФИО пациента _____ дата рождения _____

ФИО доктора _____ Клиника (направившая) _____

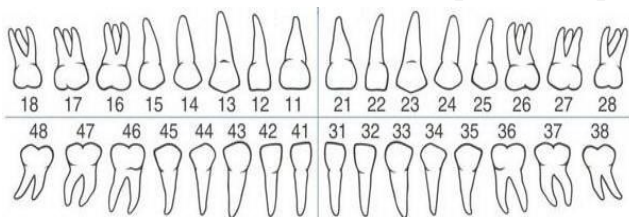
Необходимо провести следующее исследование:

снимок 3D (компьютерная томография)

- зона исследования 60*80мм, выбрать квадрант

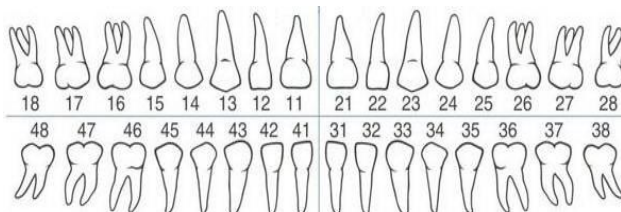


- зона исследования 60*40мм, выбрать номер зуба



снимок - RVG (прицельный),

выбрать номер зуба



снимок - 2D (ОПТГ – ортопантомография)

Примечание:

- Распечатать на бумаге (ч/б)

- Записать на CD

- отправить на почту (адрес): _____

- другие примечания _____

Исследование проводится ежедневно, в порядке очереди. Предварительная запись на исследование не требуется. После проведения исследования, клиника не дает заключение.