



ДЕНТАЛКАД

ОТДЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР ДЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
(383) 284 32 04

НАПРАВЛЕНИЕ НА КТ

 Дата: _____

Пациент (ФИО): _____

Врач: _____ тел.: _____

Клиника: _____

Диагноз: _____

- Обзорная томография
- ВНЧС
- Нижняя челюсть
- Верхняя челюсть
- Параназальные пазухи

ДОПОЛНИТЕЛЬНО:

- Описание рентгенологом (указать)

- 3 D — расстановка имплантата в проекцию зубов (указать):

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

- Просим Вас указать имплантационную систему, с которой работаете:

ПРИМЕЧАНИЯ

Данные КТ направить врачу по электронной почте (указать):

**МЫ
ЗДЕСЬ!**

У НАС ТОЛЬКО ДИАГНОСТИКА!