СТОМАТОЛОГИЯ
ЮНИДЕНТ
сеть клиник

НАПРАВЛЕНИЕ
НА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Ф.И.О_____ Дата рождения_____

Клиника_____ Врач_____ Тел._____

❏ Трехмерная дентальная томография
- ❍ Имплантация
- ❍ Оценка верхнечелюстных пазух
- ❍ Ретенция
- ❍ _____

❏ Цифровая ортопантомограмма

❏ Телерентгенограмма
- ❍ Боковая проекция
- ❍ Прямая проекция

❏ Томограмма ВНЧС (в закр. и откр.)

Область исследования

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

Особые условия

❏ Запись на CD

❏ Отправить изображения по e-mail:

_____

ЮНИДЕНТ
сеть стоматологических клиник

Стоматология Юнидент
Москва, Дмитровское шоссе, дом 72
телефон: (495) 487-82-28
www.6750000.ru