



CRYSTAL DENT

Ваша улыбка - Наш престиж

ОАО «9-я стоматологическая
поликлиника»

г. Минск, ул. Захарова, 52/2

+375 17 294 00 94

+375 44 794 00 94

+375 33 364 00 94

www.stomatolog.by

НАПРАВЛЕНИЕ

На конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ)

Кабинет рентгенологической диагностики

Ф.И.О. пациента (полностью) _____

Дата рождения: _____

Контактные данные пациента (адрес, телефон): _____

Направившее учреждение : _____

Предварительный диагноз: _____

ОБЛАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- Верхняя и нижняя челюсти, включая верхнечелюстные синусы
- Верхняя челюсть
- Нижняя челюсть
- ВНЧС (височно-нижнечелюстные суставы правый /левый) в привычной окклюзии
- ВНЧС (височно-нижнечелюстные суставы правый /левый) в состоянии открытый / закрытый рот (два исследования)
- Зубы /сегмент (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

Подпись и печать направившего врача _____