

Стоматологический центр Н-Дентал,

г. Наро-Фоминск, ул. Полубоярова, д. 5

тел. 8(496) 343-17-70, 8 (964) 648-41-86

**Направление на исследование**

ФИО пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Обведите 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:**

* КТ обеих челюстей
* КТ сектора (до 4 зубов)
* КТ височно-нижнечелюстных суставов
* КТ гайморовых пазух носа

**Вид исследования (отметить):**

**Цифровая рентгенография:**

* Диагностический снимок одного зуба (нескольких)
* Ортопатомограмма
* Телеренгенограмма(проекция):
* прямая
* боковая

Режим работы: ежедневно 9:00 – 21:00, перерыв 13:00 – 15:00

*А также направление на рентгенологическое исследование Вы можете распечатать на нашем сайте www.n-dental.ru*