



МАДИН
КЛИНИКА

НАПРАВЛЕНИЕ

на рентгенологическое исследование

ФИО пациента:

Дата рождения:

Контактный тел.:

ИНФОРМАЦИЯ О НАПРАВЛЯЮЩЕМ УЧРЕЖДЕНИИ

Клиника

Адрес:

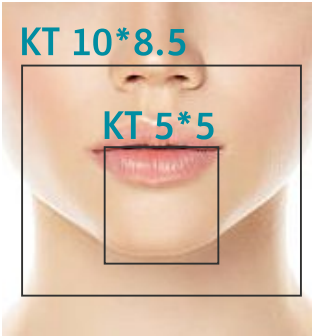
ФИО врача:

Контактный тел.:

Дата: Подпись:

Запись по телефону:
+7 (843) 292-11-17

Лево-Булачная, 30
www.madinclinica.ru



РАЗМЕР	ИССЛЕДОВАНИЕ
КТ 5*5	Область 2-3 рядом стоящих зуба
КТ 10*8.5	КТ верхней и нижней челюсти + бухты гайморовых пазух

ВИДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Все виды исследований предоставляются без расшифровки

3D

ТРЕХМЕРНОЕ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

2D

ЦИФРОВАЯ
РЕНТГЕНОГРАФИЯ

Печать на фотобумаге

☐ 5*5 см

☐ 10*8.5 см

☐ ОПТГ зубных рядов

Комментарии врача