

Пацієнт (П.І.Б.) _____ Підпис _____

Лікар (П.І.Б.) _____ Підпис _____

☐ FTP ☐ e-mail _____ Тел. _____

Клініка _____ Тел. _____

Коментар _____

Комп'ютерна томографія (КТ)

- ☐ Верхня та нижня щелепи ☐ в оклюзії
☐ Верхня щелепа ☐ Нижня щелепа
☐ *, ** Двох щелеп (в оклюзії) + СНЩС ☐ відкр. рот
☐ *, ** Лицьовий скелет (150x150мм) ☐ ** Кістки черепа (240x190мм)
☐ Придаткові пазухи носа (ППН)
☐ Сконева кістка ☐ права ☐ ліва
☐ СНЩС (80x50мм) ☐ правий ☐ лівий ☐ закр. ☐ відкр.
☐ Сегмент

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

Ортопантомографія

- ☐ Панорамний знімок (ОПТГ) ☐ Знімок СНЩС (закр./відкр. рот)

*** Телерентгенографія

- ☐ Фронтальна (пряма) проекція ☐ Латеральна (бокова) проекція

Додаткові послуги: Запис на диск ☐

Роздруківка: фотопapіp ☐ А5 ☐ А4 ☐ плівка (А4)

- ☐ Консультативний висновок (видається через 24 години)

- ☐ Цефалометричний аналіз (видається через 3 доби)

* Данні обстеження проводяться за адресами: вул. Мостицька, 9; пр-т М.Бажана, 12
 вул. Михайла Бойчука, 5; вул. Маршала Малиновського, 13; вул. Вадима Гетьмана, 1а.

** Данні обстеження проводяться за адресами: вул. Михайла Бойчука, 5; пр-т М.Бажана, 12.

*** Данні обстеження проводяться за адресами: вул. Мостицька, 9 та вул. Турівська, 26.

ОБОВ'ЯЗКОВИЙ ПОПЕРЕДНІЙ ЗАПИС