

**Городской рентгенологический стоматологический Центр
Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Стоматологическая поликлиника № 9»
СПб, ул. Чайковского д.27 тел. 679-09-19**

Направление на рентгенологическое исследование

ФИО пациента _____ Дата _____

ФИО и Специальность направившего врача _____

Телефон врача _____

Код диагноза по МКБ _____

Трёхмерное рентгенологическое исследование КТ 3D (КЛКТ)

Оборудование: Orthopantomograph OP300 Аппарат рентгеновский панорамный цифровой с функцией компьютерного томографа (KaVo)

Программное обеспечение: OnDemand

Объём сканирования см	Область визуализации
<input type="checkbox"/> 5x5	<input type="checkbox"/> Область 2-3х рядом стоящих зубов Указать формулу зубов _____
<input type="checkbox"/> 6x7,8	<input type="checkbox"/> Область 8- ми рядом стоящих зубов (Один сегмент) Указать формулу зубов _____
<input type="checkbox"/> 7,8x7,8	<input type="checkbox"/> Зубные ряды обеих челюстей (без третьих моляров) <i>или</i> <input type="checkbox"/> Зубной ряд верхней челюсти и верхнечелюстные синусы
<input type="checkbox"/> 7,8x15	<input type="checkbox"/> Зубные ряды обеих челюстей <i>или</i> <input type="checkbox"/> Зубной ряд верхней челюсти и верхнечелюстные синусы

Описание врача-рентгенолога

Комментарии лечащего врача _____

