

НАПРАВЛЕНИЕ НА ИССЛЕДОВАНИЕ

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Ф.И.О пациента

Дата рождения

день

месяц

год

Пол

муж.

жен.

Телефон

 + -

Номер амбулаторной карты

ИНФОРМАЦИЯ О КЛИНИКЕ

Ф.И.О врача

Специализация врача

Телефон

E-mail

Дата _____ Подпись _____

ВИДЫ НЕОБХОДИМОГО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования

Направительный диагноз (МКБ)

Ограничения к проведению исследования (при наличии)

Трехмерная рентгенография

- Верхняя и нижняя челюсти
 Верхняя челюсть
 Нижняя челюсть
 Два сустава с открытым/закрытым ртом
 Один сустав с открытым/закрытым ртом
 Придаточные пазухи носа (ЛОП)
 Сегмент-зуб (6, 7, 8)

Телерентгенография

- Прямая проекция
 Боковая проекция
 Рентгенография запястья

Обведите интересующий зуб

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

Двухмерная рентгенография

- Ортопантомография