

Адрес: г. Сысерть, ул. Самстроя, д. 5, ТЦ «Северный», 2 этаж

Режим работы: пн–пт 09:00–19:00 | сб 09:00–14:00 | вс - выходной

Телефон: +7 (999) 56-86-339 | +7 (34374) 69-0-69 **Сайт:** www.stomstud.ru

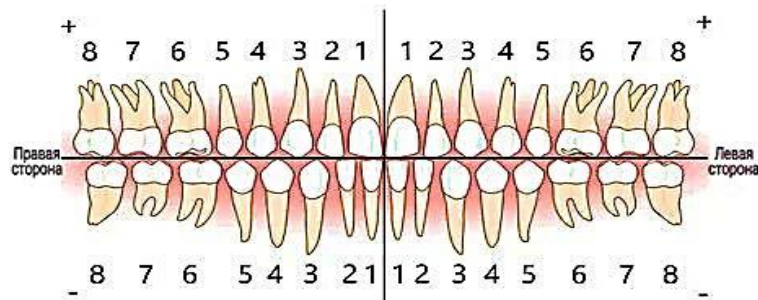
Исследование 2 D:

- ☐ ОПТГ
- ☐ ТРГ, прямая проекция
- ☐ ТРГ, боковая проекция

Исследование 3 D:

- ☐ 5x5 см - локальный от 1 до 3 зубов (укажите ниже)
- ☐ 6x9 см - одна челюсть, от 4-х зубов (укажите ниже)
- ☐ 8x8 см - сегмент (I-IV или II-III) (укажите ниже)
- ☐ 10x10 см – дети до 12 лет (2 челюсти)
- ☐ 10x10 см -полная зубо-альвеолярная область (укажите ниже)
- ☐ 12x15 см – зубочелюстная область +ВНЧС, гайморовы пазухи
- ☐ 15x20 см – ЛОР, челюстно-лицевая область

Укажите номера зубов: (для указания 16, 21, 36 — отметьте крестиком или обведите):



Адрес: г. Сысерть, ул. Самстроя, д. 5, ТЦ «Северный», 2 этаж

Режим работы: пн–пт 09:00–19:00 | сб 09:00–14:00 | вс - выходной

Телефон: +7 (999) 56-86-339 | +7 (34374) 69-0-69 **Сайт:** www.stomstud.ru

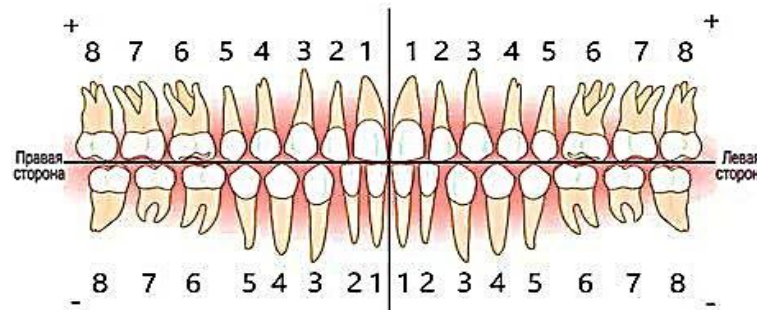
Исследование 2 D:

- ☐ ОПТГ
- ☐ ТРГ, прямая проекция
- ☐ ТРГ, боковая проекция

Исследование 3 D:

- ☐ 5x5 см - локальный от 1 до 3 зубов (укажите ниже)
- ☐ 6x9 см - одна челюсть, от 4-х зубов (укажите ниже)
- ☐ 8x8 см - сегмент (I-IV или II-III) (укажите ниже)
- ☐ 10x10 см – дети до 12 лет (2 челюсти)
- ☐ 10x10 см -полная зубо-альвеолярная область (укажите ниже)
- ☐ 12x15 см – зубочелюстная область +ВНЧС, гайморовы пазухи
- ☐ 15x20 см – ЛОР, челюстно-лицевая область

Укажите номера зубов: (для указания 16, 21, 36 — отметьте крестиком или обведите):



Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: _____

Клиника: _____

Ф.И.О. врача: _____

ПОЛУЧИТЬ РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ:

☐ На электронную почту (указать адрес): _____

☐ На CD/DVD (при необходимости)

Контактный телефон _____

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ / КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ:

☐ Планирование имплантации ☐ Оценка состояния пародонта

☐ Диагностика периапикальных изменений ☐ Травма ЧЛО

☐ Диагностика кист, гранулём, опухолей ☐ Подготовка к синус-лифтингу

☐ Ортодонтическое планирование ☐ Контроль после операции

☐ Оценка положения ретинированных/дистопированных зубов

☐ Другое: _____

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ ВРАЧА: _____

Подпись врача-направителя: _____

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

! Примечание: Просьба максимально точно указать цель исследования и интересующие зубы/зоны. Это позволяет выбрать оптимальный протокол сканирования и минимизировать лучевую нагрузку.



Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: _____

Клиника: _____

Ф.И.О. врача: _____

ПОЛУЧИТЬ РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ:

☐ На электронную почту (указать адрес): _____

☐ На CD/DVD (при необходимости)

Контактный телефон _____

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ / КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ:

☐ Планирование имплантации ☐ Оценка состояния пародонта

☐ Диагностика периапикальных изменений ☐ Травма ЧЛО

☐ Диагностика кист, гранулём, опухолей ☐ Подготовка к синус-лифтингу

☐ Ортодонтическое планирование ☐ Контроль после операции

☐ Оценка положения ретинированных/дистопированных зубов

☐ Другое: _____

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ ВРАЧА: _____

Подпись врача-направителя: _____

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

! Примечание: Просьба максимально точно указать цель исследования и интересующие зубы/зоны. Это позволяет выбрать оптимальный протокол сканирования и минимизировать лучевую нагрузку.

