

ФИО пациента: _____

Контактный тел.: _____

E-mail: _____

Дата рождения: _____

Клиника: _____

ФИО врача: _____

Контактный тел.: _____

Дата: _____ Подпись: _____

Комментарии врача: _____

 **+996 705 526 466**

Наши телефоны:

 **+996 556 601 215**

Наши адреса:

МЦ “Медсити”
ул.Саратовская 12, возле ЧООБ

СтомЦентр “РуСтом 4”
мкр. “Асанбай” 42/1

БЦ “Жан Сали”
ул.Кулиева 20, перес. пр.Чуй

г.Джалал- Абад,
ул.Ж.Бакиева 20

3D

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ

С описанием от врача-рентгенолога, срок выполнения описания до 3 рабочих дней



☐ Верхняя челюсть +
все околоносовые пазухи



☐ Верхняя челюсть +
околоносовые пазухи
(без лобных)



☐ Лобные пазухи



☐ Височная кость, среднее
и внутреннее ухо
(одна сторона)

2D

ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАММА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Без описания



☐ В носоподбородочной проекции
☐ открытый рот
☐ закрытый рот



☐ В носолобной проекции
☐ открытый рот
☐ закрытый рот



☐ В прямой проекции



☐ В боковой проекции