



НАПРАВЛЕНИЕ

на рентгенологическое
исследование **для оториноларингологов**

ФИО пациента: _____

Контактный тел.: _____

Дата рождения: _____

ИНФОРМАЦИЯ О НАПРАВЛЯЮЩЕМ УЧРЕЖДЕНИИ

Клиника: _____

Адрес: _____

ФИО врача: _____

Контактный тел.: _____

E-mail: _____

Дата: _____ Подпись: _____

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСЬ ОБЯЗАТЕЛЬНА !

Онлайн-запись: серебряная-маска.рф

Запись по телефону: +7 (936) 284-54-54 | +7 (496) 222-70-04

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ

3D-формат исследования + заключение рентгенолога + консультация для врача **выгодно!**



Верхняя челюсть +
все околоносовые пазухи



Верхняя челюсть +
околоносовые пазухи
(без лобных)



Лобные пазухи



Височная кость, среднее
и внутреннее ухо
(одна сторона)

Печать на фотобумаге Печать на пленке Отправка исследований и доп. услуг на e-mail врача

ЦИФРОВАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ

Обзорная рентгенограмма околоносовых пазух в проекции

- носоподбородочная
- прямая носолобная

Описание обзорной рентгенограммы околоносовых пазух