

Bilet de *trimitere*

INVESTIGAȚIE IMAGISTICĂ DENTARĂ

NUME PACIENT _____

DATA NAȘTERII _____

CNP _____

TELEFON _____

EXAMINĂRI SOLICITATE

- Ortopantomografie (OPG)
- Radiografiile retroalveolare
- CBCT - Tomografie 3D
- Sinusuri maxilare

- Telecefalografie (Ceph)
- Bitewing & Status bi-maxilar
- CBCT segmentar / cadran
- Pachete ortodontice complete

OBSERVAȚII / INDICAȚII

MEDIC TRIMIȚĂTOR _____

SEMNĂTURĂ / PARAFĂ _____