



**НАПРАВЛЕНИЕ
В РЕНТГЕНОВСКИЙ КАБИНЕТ**

ФИО пациента _____

*Вид исследования: рентгенография,
цифровая ортопантомограмма*

в области:

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Дата « ____ » _____ 20__ г.

ФИО врача _____

*156014, г. Кострома, ул. Индустриальная, д.35
тел. 8(4942) 34-85-63, www.medstom44.com*