



Fogröntgen Centrum

▼ 6722 Szeged, Hajnóczy u. 10., ☎ 4.

▼ +36 30 / 255 61 01

▼ www.fogrontgen.com

RÖNTGEN KÉRŐLAP

FONTOS információk a túldoldalon
Important information on the other side



Páciens adatok / Patient info

Név
Name

.....

Születési dátum
Birth date

.....

Intraorális felvételek / Intraoral X-rays

HELYI
Periapical

BITEWING (BW)

RÁHARAPÁSOS
Occlusal

J

B

Extraorális felvételek / Extraoral X-rays

ORTOPANTOMOGRAM (OPT)

TMI open + close

TELERÖNTGEN (CEPHALO)

POSTEROANTERIOR (PA)

CT

ARCÜREG CT (SINUS)

Study

DICOM

VOL

FOGÁSZATI CT (DENTAL)

Célterület

24 x 19
*teljes
arc koponya*

15 x 12
normál

8 x 8
*alsó, vagy
felső fogcsor*

5 x 5
*endodontia,
1-2 fog*

PH, orvos aláírása, megjegyzések

(Ez a kérelmlap lényeges adatokat tartalmaz, kérjük hozza magával. - Please bring this paper with you.)

Fogröntgen Centrum

+36 30 / 255 61 01

www.fogrontgen.com

6722 Szeged, Hajnóczy u. 10., ☎ 4.

Rendelési idő / Opening hours

HÉTFŐ-CSÜTÖRTÖK
Monday-Thursday

DÉLELŐTT / AM

09:00 - 11:00

DÉLUTÁN / PM

15:30 - 19:00

PÉNTEK
Friday

09:00 - 11:00

ZÁRVA / CLOSED

Telefonos előjegyzés esetén nem kell várakoznia. Hívjon minket és foglalja le időpontját mihamarabb, az Ön kényelme érdekében.
Please make your appointment as soon as possible by calling us.

