

# TEKNO DENT® (ÇAPA)

## İSTEK FORMU

Alt Vakıfğuraba Cad. Bezmialem Sok. No: 12/1 Çapa / İSTANBUL  
Tel: (0212) 621 01 28 e-mail: rontgen@teknodent.com

Hastanın Adı: .....

TARİH...../...../.....

CD İSTİYORUM

e-mail İSTİYORUM

### PANORAMİK RADYOGRAFİLER

PANORAMİK .....

ÇOCUK PANORAMİK .....

SİNÜS PANORAMİK .....

AÇIK - KAPALI TME GRAFİSİ .....

### TELERADYOGRAFİK RADYOGRAFİLER

LATERAL SEFALOMETRİ .....

YATAY  DİKEY

FRONTAL SEFALOMETRİ .....

A-P  P-A

EL - BİLEK RADYOGRAFİ .....

WATER'S GRAFİ .....

### İNTRAORAL RADYOGRAFİLER

PERİAPİKAL RADYOGRAFİ .....

AÇIORTAY TEKNİK  PARALEL TEKNİK

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

ISIRMA (BİTE-WİNG) RADYOGRAFİSİ .....

OKLUZAL RADYOGRAFİ .....

ÜST ÇENE  ALT ÇENE

NOT: .....

GÖNDEREN HEKİM: .....

TELEFON: ..... e-mail: .....

Çalışma Saatleri 09.00 - 18.00 (Pazar Hariç)