

TEKNODENT® KADIKÖY

İSTEK FORMU

Bahariye Cd. Kuzu Kestanesi Sk. Moran Apt. 4/12 Kadıköy / İSTANBUL (Kaymakamlık Sokağı)
Tel: (0216) 330 89 43 - 337 88 61 Fax: (0216) 330 89 44 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 10.00 - 19.00 (Pazar Hariç)