

# Направление на рентгенологическое исследование в стоматологическую клинику ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Стоматологическая  
клиника  
ВГМУ им. Н.Н. Бурденко  
г. Воронеж,  
пр-т. Революции, 14



255-12-21  
228-80-33



stomat@vrngmu.ru



stomat.vrngmu.ru



Дата направления \_\_\_\_\_

Фамилия: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_

Отчество: \_\_\_\_\_

Исследование:  
первичное\вторичное

Номер медицинской карты  
пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_

Диагноз МКБ10 \_\_\_\_\_

Анатомическая область и (или) орган (органы), подлежащие  
обследованию

Дополнительные клинические сведения: \_\_\_\_\_

(анамнез, основные симптомы, результаты проведенных лабораторных, инструментальных и иных видов исследований, описание медицинских вмешательств (манипуляций, операций) (при необходимости))



Стоматологическая клиника ВГМУ им. Н.Н. Бурденко  
г. Воронеж,  
пр-т. Революции, 14

# Направление на рентгенологическое исследование в стоматологическую клинику ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Ограничения к проведению рентгенологического исследования  
(при наличии)

---

---

Вид необходимого рентгенологического исследования:

---

---

---

Цель назначенного рентгенологического исследования:

---

---

---

Ф.И.О. направляющего врача: \_\_\_\_\_

Тел. врача: \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Результаты исследований направить:

---

---

---

