



MEDI

НАПРАВЛЕНИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ

Дата приема: «__» _____ г., Время приема: ____:____

Адрес: Невский пр., 82 (Клиника стоматологии «МЕДИ на Невском»)

Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: «__» _____ г.

Диагноз: _____

Направляется для выполнения исследований (нужное подчеркнуть):

1. Полное обследование без TENS
2. Полное обследование с TENS
3. Электромиография
4. Кинезиография
5. Сонография
6. Определение положения нижней челюсти
7. Сеанс TENS-терапии

«__» _____ 20__ г

Ф.И.О. врача, подпись: _____ / _____ /

Клиника: _____