**Направление на обследование перед имплантацией зубов.**

Пациент

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес и телефон

Необходимые исследования в лаборатории:

* Кровь на сахар;
* Анализ на свертываемость крови;
* Анализ на кровоточивость;
* Кровь на RW, ВИЧ;
* Гепатит HbsAg, HCVАg
* Общий анализ крови;
* Общий анализ мочи

**Заключения и результаты лабораторных исследований выдать на руки пациенту.**

Дата исследований / \_ \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / 2016г.

Врач-стоматолог Никитин С.Г.

Подпись

Печать