

CBCT SCAN REQUEST FORM

Date :

Patient Information

☐ Mr. ☐ Miss ☐ Mrs. ☐ Male ☐ Female

HN / ID No. D.O.B.(dd/mm/yyyy) Age yrs

Mobile No. Email

Address

Requested By

☐ Dr ☐ DDS ☐ Surgeon Mobile No.

☐ Clinic ☐ Hospital Email

☐ Craniofacial & Plastic :

☐ Half Front Skull

(Divided into 2 parts)



☐ Dental & Maxillofacial :

☐ Orbit to Mandible 16x14.5 cm



☐ Maxilla - Mandible 16x8 cm



☐ Dental Implant :

Tooth Position :

R	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	L

Implant Brands:

.....

Others

Specific request

CBCT Scan Charges (For Pre-OP)

Mandible & Maxilla FOV **16x8** cm

5,000 Baht

Orbit to Mandible FOV **16x14.5** cm

6,000 Baht

Half Front Skull

8,000 Baht

Promotion:

Discount 30%
For Post-OP

* VAT is included

CDS Imaging Center โดย บริษัท อุดม เมดิคอล อีคิวปเมนต์ จำกัด

ชั้น 4 ห้างเซนจูรี เดออะมูฟวี่ พลาซ่า เลขที่ 15 ถ.พญาไท แขวงถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

4th Floor CENTURY THE MOVIE PLAZA, 15 Payathai Rd. Payathai, Ratchathavi, Bangkok 10400

Email : cdsctcenter@gmail.com Tel. 083-8246885 , 062-3734298

