

**SKIEROWANIE NA ZDJĘCIE RTG**

PRACOWNIA RTG ZĘBÓW Jaworzno, ul. Żółkiewskiego 1, tel. 660-415-128

-----  
Imię i nazwisko pacjenta

Pesel

**Proszę o wykonanie RTG:**

-wewnątrzustnego zęba .....

-pantomograficznego

-cefalometrycznego LL, AP, PA\*

-zatok

-stawów skroniowo-żuchwowych  
usta zamknięte/otwarte\*

\*niepotrzebne skreślić

-----  
miejsowość i data

pieczęć lekarza

CIĄŻA JEST PRZECIWSKAZANIEM DO WYKONYWANIA ZDJĘĆ RTG

\*\*\*\*\*

**SKIEROWANIE NA ZDJĘCIE RTG**

PRACOWNIA RTG ZĘBÓW Jaworzno, ul. Żółkiewskiego 1, tel. 660-415-128

-----  
Imię i nazwisko pacjenta

Pesel

**Proszę o wykonanie RTG:**

-wewnątrzustnego zęba .....

-pantomograficznego

-cefalometrycznego LL, AP, PA\*

-zatok

-stawów skroniowo-żuchwowych  
usta zamknięte/otwarte\*

\*niepotrzebne skreślić

-----  
miejsowość i data

pieczęć lekarza

CIĄŻA JEST PRZECIWSKAZANIEM DO WYKONYWANIA ZDJĘĆ RTG