

imię i nazwisko pacjenta _____

PESEL _____

proszę o wykonanie badania RTG:

- wewnątrzustnego zęba _____

- pantomograficznego

- cefalometrycznego LL / AP / PA *

- zatok

- stawów skroniowo – żuchwowych usta otwarte / usta zamknięte *

ROZPOZNANIE: _____

miejsowość i data

podpis i pieczęć lekarza kierującego

Wyrażam / nie wyrażam zgody na wykonanie badania z użyciem promieniowania jonizującego *.

niepotrzebne skreślić *

podpis pacjenta / prawnego opiekuna pacjenta

SKIEROWANIE DO PRACOWNI RTG, RYNEK 12, BYTOM, TEL. 32 282 80 80

imię i nazwisko pacjenta _____

PESEL _____

proszę o wykonanie badania RTG:

- wewnątrzustnego zęba _____

- pantomograficznego

- cefalometrycznego LL / AP / PA *

- zatok

- stawów skroniowo – żuchwowych usta otwarte / usta zamknięte *

ROZPOZNANIE: _____

miejsowość i data

podpis i pieczęć lekarza kierującego

Wyrażam / nie wyrażam zgody na wykonanie badania z użyciem promieniowania jonizującego *.

niepotrzebne skreślić *

podpis pacjenta / prawnego opiekuna pacjenta