

SKIEROWANIE DO PRACOWNI RTG, PLAC WOLNOŚCI 4, 40-078 KATOWICE TEL. 32 352 56 40

imię i nazwisko pacjenta _____

PESEL: _____

Proszę o wykonanie RTG:

- wewnątrzustnego zęba _____

wydruk / płyta CD*

- pantomograficzne

wydruk / płyta CD*

- cefalometryczne

LL, AP, PA*

wydruk / płyta CD*

- zatok

wydruk / płyta CD*

- stawów skroniowo – żuchwowych

usta zamknięte*

usta otwarte*

wydruk / płyta CD*

- komputerowa tomografia wolumetryczna:

CD

okolic zęba _____ *

szczęki, żuchwy*

ROZPOZNANIE: _____

miejsowość i data

podpis i pieczęć lekarza kierującego

** niepotrzebne skreślić*

SKIEROWANIE DO PRACOWNI RTG, PLAC WOLNOŚCI 4, 40-078 KATOWICE TEL. 32 352 56 40

imię i nazwisko pacjenta _____

PESEL: _____

Proszę o wykonanie RTG:

- wewnątrzustnego zęba _____

wydruk / płyta CD*

- pantomograficzne

wydruk / płyta CD*

- cefalometryczne

LL, AP, PA*

wydruk / płyta CD*

- zatok

wydruk / płyta CD*

- stawów skroniowo – żuchwowych

usta zamknięte*

usta otwarte*

wydruk / płyta CD*

- komputerowa tomografia wolumetryczna:

CD

okolic zęba _____ *

szczęki, żuchwy*

ROZPOZNANIE: _____

miejsowość i data

podpis i pieczęć lekarza kierującego

** niepotrzebne skreślić*