

SKIEROWANIE DO PRACOWNI RENTGEDIAGNOSTYCZNEJ

IMIE NAZWISKO PACJENTA
PESEL

1. Zdjęcia wewnętrzne (punktowe)
proszę zaznaczyć numer zęba do wykonania zdjęcia punktowego

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

2. Zdjęcia panoramiczne
3. Zdjęcia cefalometryczne
4. Zdjęcia komputerowe
- TK pojedynczego zęba
- TK żuchwy
- TK szczęki
- TK żuchwy i szczęki

ROZPOZNANIE/CEL BADANIA
DODATKOWE UWAGI

.....
data wystawienia skierowania

.....
podpis lekarza kierującego

Zostałem/am poinformowana o szkodliwości promieniowania jonizującego.

Oświadczam, że nie jestem w ciąży.

.....
data badania

.....
podpis pacjenta

