ZESPÓŁ LECZNICTWA OTWARTEGO

Jaworzno, dnia……...

..... **SKIEROWANIE DO PRACOWNI RTG** **K / M ***

Pieczęć podmiotu

Nazwisko .....

Imię .....

PESEL lub rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość……

.....

(Adres miejsca zamieszkania , tel. kontaktowy)

	Tomografia stożkowa CBCT
	CBCT (5X5) okolicy zęba .....
	CBCT (8X8) okolicy zębów…..…….....
	CBCT (10X11) szczęki i żuchwy….....
	Zatok szczękowych….....…

	BADANIA 2 D
	Pantomograficzne
	Cefalometryczne
	Skrzydłowo -zgryzowe ……..……..……
	Wewnątrzustne (pojedynczego zęba).....…….....……
	Stawów skroniowo- żuchwowych w zwarciu i rozwarciu……...……

*właściwe zaznaczyć

Wyrażam zgodę na badania: .....

Podpis pacjenta

…….……

Podpis i pieczęć lekarza

WARUNKI EKSPOZYCJI

mGy cm2 / dawka	
podpis technika	