

tomografia i RTG dla stomatologów

data .....

### SKIEROWANIE NA BADANIE RTG

Imię i Nazwisko .....

SYSTEM SIRONA ORTHOPHOS 3D z filtrem ASTRA (2D) i MARS (3D)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zdjęcie panoramiczne    | <input type="checkbox"/> CBCT żuchwy i szczęk |
| <input type="checkbox"/> zdjęcie cefalometryczne | <input type="checkbox"/> CBCT żuchwy          |
| <input type="checkbox"/> zdjęcie stawów s-ż      | <input type="checkbox"/> CBCT szczęk i zatok  |
| <input type="checkbox"/> zdjęcie PA zatok        | <input type="checkbox"/> CBCT stawów s-ż      |

pieczęć gabinetu

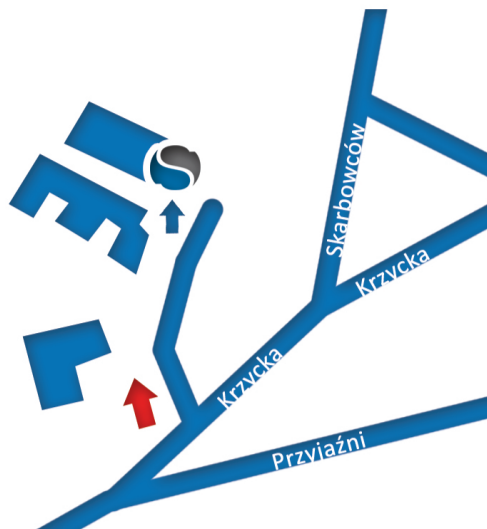
pieczęć i podpis lekarza

proszę o opis badania

badanie wydawane jest na płycie CD-ROM

**REJESTRACJA TELEFONICZNA**  
**71-351-95-64 lub 732-777-732**

dojazd od ulicy Krzyckiej 90/92  
autobus: 133, D  
tramwaj: 17



proszę o przesłanie druków skierowań