

SKIEROWANIE

Nazwisko

Imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres

Cel badania


Proszę o wykonanie:

- RTG cyfrowe pantomograficzne
- RTG cefalometryczne
- Tomografia komputerowa 3D szczęki i żuchwy
- Tomografia komputerowa 3D wycinkowa (5x5)
.....
- RTG skrzydłowo zgryzowe
- Punktowe zdjęcie zębów

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

 33-100 Tarnów,
ul. Westerplatte 27

 533 444 230

 www.szarkowiczstomatologia.pl
rejestracja@szarkowiczstomatologia.pl

Lekarz kierujący

Data