



DENTSO STOMATOLOGIA
ul. Jana Kochanowskiego 44/U11
19-300 Elk
Tel. 737472233
www.dentso.pl

Pieczętka Gabinetu Kierującego na Badanie

SKIEROWANIE NA BADANIE RADIOLOGICZNE

Imię i Nazwisko:

PESEL pacjenta:

Rozpoznanie _____

Cel badania _____

Proszę o wykonanie:

- ☐ PANTOMOGRAM
- ☐ CEFALOMETRIA (zdj. boczne)
- ☐ CBCT

☐ RTG Stomatologiczne

Data

Pieczętka i Podpis Lekarza



DENTSO STOMATOLOGIA
ul. Jana Kochanowskiego 44/U11
19-300 Elk
Tel. 737472233
www.dentso.pl

Pieczętka Gabinetu Kierującego na Badanie

SKIEROWANIE NA BADANIE RADIOLOGICZNE

Imię i Nazwisko:

PESEL pacjenta:

Rozpoznanie _____

Cel badania _____

Proszę o wykonanie:

- ☐ PANTOMOGRAM
- ☐ CEFALOMETRIA (zdj. boczne)
- ☐ CBCT

☐ RTG Stomatologiczne

Data

Pieczętka i Podpis Lekarza