



# SKIEROWANIE NA BADANIE CBCT

PIECZĄTKA GABINETU

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

NR TELEFONU

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PESEL:

## BADANIE

Pojedynczy ząb .....

Kilka sąsiednich zębów .....

Wyrostek zębodołowy szczęki P  i/lub L

Wyrostek zębodołowy żuchwy P  i/lub L

Cała żuchwa  Cała szczęka  Cała twarzoczaszka

SSŻ P  i/lub L

Rozpoznanie, uwagi .....

wynik tomografii na CD     opis radiologa     badanie przesłać na e-mail lekarza: .....

data

pieczętka i podpis lekarza

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie i przetwarzanie badania rtg.

Oświadczam, że nie jestem w ciąży.

data

podpis pacjenta / pacjentki