

Pieczątką gabinetu kierującego

.....  
dnia

## SKIEROWANIE

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL:

LAT

**Rodzaj zleconego zdjęcia:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> pantomograficzne        | <input type="checkbox"/> pantomograficzne częściowe |
| <input type="checkbox"/> cefalometryczne         | <input type="checkbox"/> zębowe .....               |
| <input type="checkbox"/> analiza cefalometryczna |   |

**Wynik:**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> zdjęcie na CD                       |
| <input type="checkbox"/> zdjęcie na CD<br>+ wydruk na kliszy |

**Wyrażam zgodę na wykonanie w/w zdjęcia**.....  
podpis pacjenta.....  
Pieczątką i podpis lekarza**Zapraszamy do wykonywania badań tomografii 3D CBCT**