



RYCERSKA

CENTRUM MEDYCZNE

SKIEROWANIE

imię i nazwisko pacjenta

PESEL

[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Pantomogram

Zdjęcie stawów skroniowo-żuchwowych

Tomografia CBCT:

wycinek ENDO 5×5 cm (75 μm) ZĄB NR : _ _ _ _

wycinek ENDO szer. 5×wys. 8 cm (75 μm) ZĄB NR : _ _ _ _

szczęka 10×5 cm (150 μm)

żuchwa 10×5 cm (150 μm)

szczęka i żuchwa 10×10 cm (150 μm)

Nośnik :

e-mail : _ _ _ _ _

pendrive

Cel badania:

ogólnodiagnostyczny

inny
