

(pieczęć kierującego Gabinetu / Lekarza)

Telefon kontaktowy:

.....
/miejsowość, i data/

Pracownia RTG Stomatologiczna
ul. Rojna 7/1, Łódź
tel. (42) 650-10-33

SKIEROWANIE :

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Pesel:

- RTG pantomograficzne,
- segment panoramy
- stawy skroniowo-żuchwowe.
- 3D like skany cienkowarstwowe



- Zdjęcia RTG wewnątrzustnego (punktowego) zębów



