

 AKADEMICKIE CENTRUM STOMATOLOGII I MEDYCYNY SPECJALISTYCZNEJ SP. Z O.O.	Skierowanie do Pracowni Radiologii NZOZ ACS na wykonanie Tomografii CBCT	P 5/08
		Data wydania: 20.05.2016r.
		Data zmiany: 01.09.2016r.
Bytom, pl.Akademicki 17 tel. do Pracowni: 32 395 60 06		Strona 1 z 1

.....
miejsowość, data

.....
Pieczętka jednostki kierującej

- ☐ CBCT szczęki
- ☐ CBCT żuchwy
- ☐ CBCT szczęki z zatokami
- ☐ CBCT szczęki i żuchwy
- ☐ CBCT szczęki, żuchwy ze stawami S-Ż

..... K / M
Nazwisko i imię płeć

.....
Data urodzenia

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Wstępne rozpoznanie kliniczne i cel badania (wymagane)

.....
Pieczętka i podpis lekarza

 AKADEMICKIE CENTRUM STOMATOLOGII I MEDYCYNY SPECJALISTYCZNEJ SP. Z O.O.	Skierowanie do Pracowni Radiologii NZOZ ACS na wykonanie Tomografii CBCT	P 5/08
		Data wydania: 20.05.2016r.
		Data zmiany: 01.09.2016r.
Bytom, pl.Akademicki 17 tel. do Pracowni: 32 395 60 06		Strona 1 z 1

.....
miejsowość, data

.....
Pieczętka jednostki kierującej

- ☐ CBCT szczęki
- ☐ CBCT żuchwy
- ☐ CBCT szczęki z zatokami
- ☐ CBCT szczęki i żuchwy
- ☐ CBCT szczęki, żuchwy ze stawami S-Ż

..... K / M
Nazwisko i imię płeć

.....
Data urodzenia

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Wstępne rozpoznanie kliniczne i cel badania (wymagane)

.....
Pieczętka i podpis lekarza

 AKADEMICKIE CENTRUM STOMATOLOGII I MEDYCYNY SPECJALISTYCZNEJ SP. Z O.O.	Skierowanie do Pracowni Radiologii NZOZ ACS na wykonanie Tomografii CBCT	P 5/08
		Data wydania: 20.05.2016r.
		Data zmiany: 01.09.2016r.
Bytom, pl.Akademicki 17 tel. do Pracowni: 32 395 60 06		Strona 1 z 1

.....
miejsowość, data

.....
Pieczętka jednostki kierującej

- ☐ CBCT szczęki
- ☐ CBCT żuchwy
- ☐ CBCT szczęki z zatokami
- ☐ CBCT szczęki i żuchwy
- ☐ CBCT szczęki, żuchwy ze stawami S-Ż

..... K / M
Nazwisko i imię płeć

.....
Data urodzenia

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Wstępne rozpoznanie kliniczne i cel badania (wymagane)

.....
Pieczętka i podpis lekarza

 AKADEMICKIE CENTRUM STOMATOLOGII I MEDYCYNY SPECJALISTYCZNEJ SP. Z O.O.	Skierowanie do Pracowni Radiologii NZOZ ACS na wykonanie Tomografii CBCT	P 5/08
		Data wydania: 20.05.2016r.
		Data zmiany: 01.09.2016r.
Bytom, pl.Akademicki 17 tel. do Pracowni: 32 395 60 06		Strona 1 z 1

.....
miejsowość, data

.....
Pieczętka jednostki kierującej

- ☐ CBCT szczęki
- ☐ CBCT żuchwy
- ☐ CBCT szczęki z zatokami
- ☐ CBCT szczęki i żuchwy
- ☐ CBCT szczęki, żuchwy ze stawami S-Ż

..... K / M
Nazwisko i imię płeć

.....
Data urodzenia

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Wstępne rozpoznanie kliniczne i cel badania (wymagane)

.....
Pieczętka i podpis lekarza