

 AKADEMICKIE CENTRUM STOMATOLOGII I MEDYCYNY SPECJALISTYCZNEJ SP. Z O.O.	Skierowanie do Pracowni Radiologii NZOZ ACS na wykonanie zdjęcia RTG	P 5/08
		Data wydania: 20.05.2016r.
		Data zmiany: 01.09.2016r.
Bytom, pl.Akademicki 17 tel. do Pracowni: 32 395 60 06 Zabrze, pl.Traugutta 2 tel. do Pracowni: 32 370 52 57		Strona 1 z 1

.....
miejscowość, data

.....
Pieczętka jednostki kierującej

- | | |
|--|--|
| ☐ RTG zgryzowe | ☐ RTG st. skroniowo-żuchwowych w zwarcu i rozwarciu |
| ☐ RTG skrzydłowo-zgryzowe. Strona | ☐ RTG cefalometryczne LL PA AP |
| ☐ RTG zębowe..... | ☐ RTG pantomograficzne |
| | ☐ RTG zatok szczękowych |

.....	K / M
Nazwisko i imię	pleć

.....
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 zdjęcia RTG	P 5/08
		Data wydania: 20.05.2016r.
		Data zmiany: 01.09.2016r.
Bytom, pl.Akademicki 17 tel. do Pracowni: 32 395 60 06 Zabrze, pl.Traugutta 2 tel. do Pracowni: 32 370 52 57		Strona 1 z 1

.....
miejscowość, data

.....
Pieczętka jednostki kierującej

- | | |
|--|--|
| ☐ RTG zgryzowe | ☐ RTG st. skroniowo-żuchwowych w zwarcu i rozwarciu |
| ☐ RTG skrzydłowo-zgryzowe. Strona | ☐ RTG cefalometryczne LL PA AP |
| ☐ RTG zębowe..... | ☐ RTG pantomograficzne |
| | ☐ RTG zatok szczękowych |

.....	K / M
Nazwisko i imię	pleć

.....
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 zdjęcia RTG	P 5/08
		Data wydania: 20.05.2016r.
		Data zmiany: 01.09.2016r.
Bytom, pl.Akademicki 17 tel. do Pracowni: 32 395 60 06 Zabrze, pl.Traugutta 2 tel. do Pracowni: 32 370 52 57		Strona 1 z 1

.....
miejscowość, data

.....
Pieczętka jednostki kierującej

- | | |
|--|--|
| ☐ RTG zgryzowe..... | ☐ RTG st. skroniowo-żuchwowych w zwarcu i rozwarciu |
| ☐ RTG skrzydłowo-zgryzowe. Strona | ☐ RTG cefalometryczne LL PA AP |
| ☐ RTG zębowe..... | ☐ RTG pantomograficzne |
| | ☐ RTG zatok szczękowych |

.....	K / M
Nazwisko i imię	pleć

.....
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 zdjęcia RTG	P 5/08
		Data wydania: 20.05.2016r.
		Data zmiany: 01.09.2016r.
Bytom, pl.Akademicki 17 tel. do Pracowni: 32 395 60 06 Zabrze, pl.Traugutta 2 tel. do Pracowni: 32 370 52 57		Strona 1 z 1

.....
miejscowość, data

.....
Pieczętka jednostki kierującej

- | | |
|--|--|
| ☐ RTG zgryzowe | ☐ RTG st. skroniowo-żuchwowych w zwarcu i rozwarciu |
| ☐ RTG skrzydłowo-zgryzowe. Strona | ☐ RTG cefalometryczne LL PA AP |
| ☐ RTG zębowe..... | ☐ RTG pantomograficzne |
| | ☐ RTG zatok szczękowych |

.....	K / M
Nazwisko i imię	pleć

.....
Data urodzenia

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Pieczętka i podpis lekarza