

Skierowanie na badanie RTG **Magia Uśmiechu**, ul. Widok 2A/6L, 64-920 Pila, tel. 533-193-193



pon 11-17
wt, śr, czw 14-20
pt 10-16

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Punktowe zdjęcie RTG

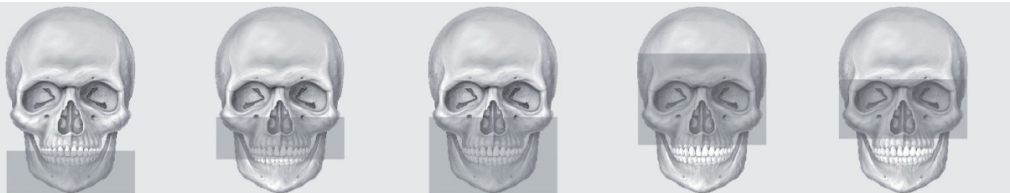
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

Zdjęcie RTG panoramiczne

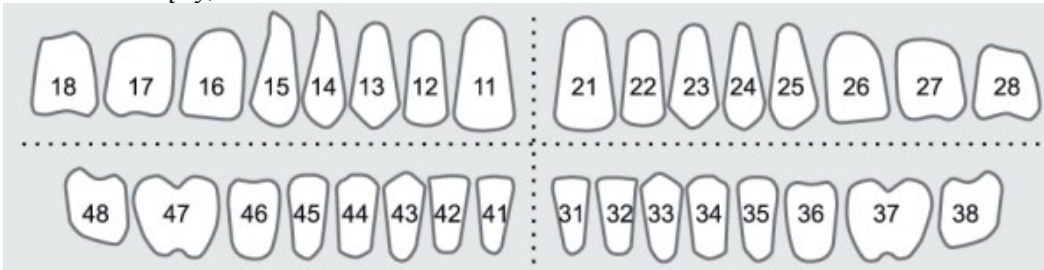
Zdjęcie cefalometryczne AP PA Projektcja LA-boczna

Zdjęcie tomograficzne; obszar obrazowania:



żuchwa szczęka żuchwa i szczęka zatoki szczękowe P/L staw skr.- żuch prawy/lewy

Cel: *zanacz zęby, które chcesz uwidocznic w badaniu 3D*



Badanie zapisać CD DVD e-mail

.....

.....
data

.....
kierujący

.....
uwagi