



RTG Ełk

ul. Jana Kochanowskiego 44 lok. U11
19-300 Ełk
Tel. 665 518 772
www.rtgelk.pl

Pieczętka Gabinetu Kierującego na Badanie

SKIEROWANIE NA BADANIE RADIOLOGICZNE

Imię i Nazwisko:

PESEL pacjenta:

Rozpoznanie _____

Cel badania _____

Proszę o wykonanie:

☐

PANTOMOGRAM

☐

CEFALOMETRIA (zdj. boczne)

☐

CBCT

☐

RTG Stomatologiczne

Data

Pieczętka i Podpis Lekarza



RTG Ełk

ul. Jana Kochanowskiego 44 lok. U11
19-300 Ełk
Tel. 665 518 772
www.rtgelk.pl

Pieczętka Gabinetu Kierującego na Badanie

SKIEROWANIE NA BADANIE RADIOLOGICZNE

Imię i Nazwisko:

PESEL pacjenta:

Rozpoznanie _____

Cel badania _____

Proszę o wykonanie:

☐

PANTOMOGRAM

☐

CEFALOMETRIA (zdj. boczne)

☐

CBCT

☐

RTG Stomatologiczne

Data

Pieczętka i Podpis Lekarza