

(pieczęć zakładu)

SKIEROWANIE
do Pracowni Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej
ZLA w Chrzanowie sp. z o.o. ul. Broniewskiego 16c, Tel. 32 623 44 68 wew.56

Proszę o wykonanie zdjęcia rtg:.....
(rodzaj zdjęcia, projekcje) *

U PANI/PANA..... PŁEĆ*:

K	M
---	---

(imię i nazwisko) *

Pesel*.....Data urodzenia*:

Adres *

Wstępne rozpoznanie kliniczne*

Cel badania(co badanie ma wyjaśnić) *

Uzasadnienie*(właściwe podkreślić): badanie z wyboru * brak alternatywnych metod diagnostycznych

* wykonane badania diagnostyczne nie pozwoliły na postawienie diagnozy * inne.....

kV	mA	ms	Odległość lampy[cm]	
			Kratka	Z #
				Bez #
			Nr Pracowni	
			Nr Technika	

.....
Pieczęćka i podpis lekarza kierującego *)

Wyrażam zgodę na wykonanie badania z zastosowaniem promieniowania jonizującego.....

Data i Podpis pacjenta

BADANIA RTG ZALECA SIĘ WYKONYWAĆ U KOBIET NAJLEPIEJ W 1-10 DNIU CYKLU

*) Pola obowiązkowe. Skierowania niekompletne nie mogą być realizowane.