

(pieczętka kierującego Gabinetu / Lekarza)

/miejsowość,i data/ .....

**NS ZOZ Vitrodent s.c.**  
**Pracownia Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej**  
**76-200 Słupsk, ul. Słodka 2**  
**tel. (+48) 59 841 24 59**  
**kom. 604 170 747**  
**e-mail. vitrodent@o2.pl**

Telefon kontaktowy: .....

## SKIEROWANIE :

**Imię i nazwisko pacjenta:** .....

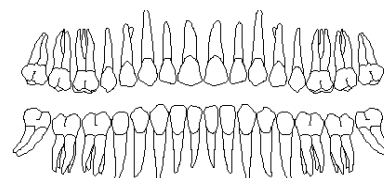
**Data urodzenia:** .....

**Proszę o wykonanie** (właściwe zaznaczyć „ X ”)

- Zdjęcia RTG pantomograficznego w projekcji 2D,  
lub stawy skroniowo – żuchwowe / segment panoramy /

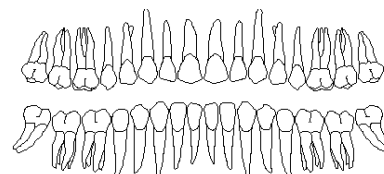


- Obrazu tomograficznego 3D (5 cm x 3,7 cm)  
zaznaczonego rejonu twarzoczaszki
- wstępnie przygotowanego do segmentacji  
(SIMPLANT, NOBELGUIDE)



- Zdjęcia RTG wewnątrzustnego (punktowego)

zębów: .....  
(proszę wpisać lub zaznaczyć na diagramie)



wydanie pacjentowi badania w postaci:

- płyty CD / DVD, przesłanie na pocztę e-mailem po wcześniejszej pisemnej zgodzie pacjenta

Rozpoznanie i ewentualne uwagi:

.....  
.....

(Pieczętka kierującego gabinetu  
oraz podpis lekarza)