

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:

PESEL:

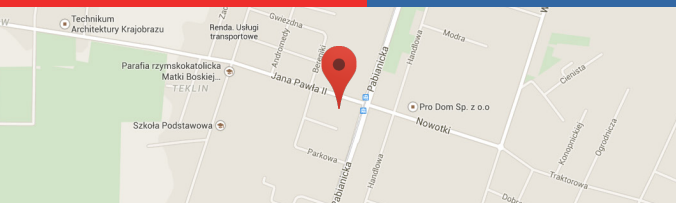
 panoramiczne standardowe  lewe  prawe  przód zgryzowe standardowe  lewe  prawe  przód cefalometryczne boczne  PA  Waters'a SSŻ otwarte  SSŻ zamknięte PA zatok szczękowych  nadgarstka zęba

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

 na płycie CD,  w wersji elektronicznej na pocztę e-mail:

Uwagi lekarza:

Data, pieczętka, podpis lekarza:



Badania wykonujemy po uprzedniej rejestracji telefonicznej .

Godziny otwarcia:  
pn. - czw. 10:00 - 19:00,  
pt. 10:00 - 14:00ul. Jana Pawła II 11, Ksawerów 95-054  
tel.: 42 213 88 11 / 517 829 917  
[www.RTG.soldent.net](http://www.RTG.soldent.net)