

SAATEKIRI RÖNTGENÜLESVÕTTEKS

kuupäev

PATSIENDI ANDMED

Nimi.....

Isikukood.....

Elukoht.....

Telefon.....

E-mail.....

ARSTI ANDMED

Nimi.....

Kliinik.....

Aadress.....

Telefon.....

E-mail.....

Lisainfo, uuringu eesmärk

.....

UURINGU TÜÜP

OPTG / panoraam

3D RÖNTGENUURING

kvadrant nr.

sekstant nr.

hammas nr.

täpsustatud piirkond

.....