

**Röntgen beutaló**

Páciens Neve:.....  
Taj. szám:.....  
Lakcím:.....  
E-mail cím:.....  
Beküldő orvos:.....

J		B
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

Vizsgálat típusát kérjük x-el jelölje!

Panoráma:

Teljes:

Fél panoráma

Jobb:

Bal:

Frontális fogazat:

Ortogonalis:

Intra orális rtg.:  Kérjük jelölje

TMI vizsgálat:

Sinus vizsgálat:



**Röntgen beutaló**

Páciens Neve:.....  
Taj. szám:.....  
Lakcím:.....  
E-mail cím:.....  
Beküldő orvos:.....

J		B
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

Vizsgálat típusát kérjük x-el jelölje!

Panoráma:

Teljes:

Fél panoráma

Jobb:

Bal:

Frontális fogazat:

Ortogonalis:

Intra orális rtg.:  Kérjük jelölje

TMI vizsgálat:

Sinus vizsgálat:

