



Aesthedent Stomatologia
ul. Aleja Jana Pawła II 37
38-400, Krosno
Tel: 570 700 304
Email:recepja@aesthedent.pl

Pon. 12:00-18:00
Wt. 12:00-18:00
Śr. 09:00-16:00
Pt. 09:00-15:00

SKIEROWANIE

Imię i Nazwisko pacjenta:

PESEL:

(Proszę zaznaczyć właściwy rodzaj badania)

Zdjęcie Pantomograficzne całkowite (OPG)

Badania 3D (Tomografia komputerowa CBCT)

pole (FOV) stomatologiczne pole (FOV) laryngologiczne- Nos pole (FOV) laryngologiczne- Ucho

Pole obrazowania CBCT

40x40 60x60 80x80 110x80

Badanie Cefalometryczne

Projekcja LA-boczna Skośna PA AP

Proszę o wydanie badania:

CD drogą elektroniczną na wskazany adres mailowy

* proszę o opis lekarza radiologa (dodatkowo płatne, czas oczekiwania na opis 72 godz.)

Miejscowość, data

lekarz kierujący (pieczętka)