

UNIwersyteckie Centrum Stomatologii

CENTRUM MEDYCZNEGO WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO SP. Z O. O.
ZAKŁAD RADIOLOGII STOMATOLOGICZNEJ I SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ
02-097 Warszawa, ul. Stanisława Binięckiego 6
e-mail: ucs@cmwum.pl; rejestracja@ucs.cmwum.pl
www.ucs.cmwum.pl
Tel. 22 270 16 16

Ul. Stefana Banacha

ul. Żwirki i Wigury

Imię i nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rozpoznanie kliniczne:

Cel badania:

☐ Opis

☐ NFZ

CB CT

PANTOMOGRAM: ☐ ☐ CD ☐ wydruk

CEFALOMETRYCZNE: ☐ PA ☐ BOCZNE ☐ CD ☐ wydruk

WEWNĄTRZUSTNE

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

☐ analogowe

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

☐ ZĘBOWE ☐ ZGRYZOWO-SKRZYDŁOWE ☐ ZGRYZOWE ☐ CD ☐ wydruk

Prosimy o dołączenie wcześniejszych badań pacjenta.

pieczętka i podpis

UNIwersyteckie Centrum Stomatologii

CENTRUM MEDYCZNEGO WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO SP. Z O. O.
ZAKŁAD RADIOLOGII STOMATOLOGICZNEJ I SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ
02-097 Warszawa, ul. Stanisława Binięckiego 6
e-mail: ucs@cmwum.pl; rejestracja@ucs.cmwum.pl
www.ucs.cmwum.pl
Tel. 22 270 16 16

Ul. Stefana Banacha

ul. Żwirki i Wigury

Imię i nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rozpoznanie kliniczne:

Cel badania:

☐ Opis

☐ NFZ

CB CT

PANTOMOGRAM: ☐ ☐ CD ☐ wydruk

CEFALOMETRYCZNE: ☐ PA ☐ BOCZNE ☐ CD ☐ wydruk

WEWNĄTRZUSTNE

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

☐ analogowe

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

☐ ZĘBOWE ☐ ZGRYZOWO-SKRZYDŁOWE ☐ ZGRYZOWE ☐ CD ☐ wydruk

Prosimy o dołączenie wcześniejszych badań pacjenta.

pieczętka i podpis

