

Röntgenuuringu saatekiri

Patsiendi andmed

Nimi _____

Isikukood _____

Kuupäev _____

Arsti andmed

Nimi _____

Ettevõte _____

Telefon _____

Arsti allkiri _____

Röntgenuuringu liik

Intraoraaalne Hammas nr Bitewing nr

Panoraam Standard Interproksimaalne Ortogonaalne Bitewing
 Segment

CEPH Külgülesvõte AP PA

3D Hambad
 Ultra-low doos

Kogu hammaskond
 Ultra-low doos

Siinus Parem Vasak
 Ultra-low doos

TMJ Parem Vasak
 Ultra-low doos

Kogu lõualuu
 Ultra-low doos

Lisainfo, uuringu täpsustus
