

Orvosi beutalás fogászati röntgenvizsgálatra

Beteg neve: _____

Beteg címe: _____

Születési idő: _____ TAJ szám: _____

Napló sorszám: _____ BNO kód: _____

Beutaló orvos neve: _____

Telefonszáma: _____ E-mail címe: _____

Beutaló kódja: _____

Dátum: _____ Aláírás: _____

p.h.

J 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 **B**
 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Intraorális:

Periapicalis ☐
 Szárnyas ☐
 Ráharapásos ☐
 Koronális ☐

E-mail ☐
 CD ☐
 Film ☐

Extraorális:

Panoráma ☐
 Tele ☐
 Sinus ☐
 Izület ☐

CD ☐
 E-mail ☐

CBCT:

Maxilla ☐
 Mandibula ☐

A CBCT felvételeket CD-re rögzítjük segédprogram kíséretében.

NFRC
NAGYERDEI FOGÁSZATI
RÖNTGEN CENTRUM

**Termál
Fürdő**

Nagyerdei
Stadion

Ködszínház
és
mélygarázs

A beutaló a kiállítástól számított
90 napon belül használható fel.

NFRC
NAGYERDEI FOGÁSZATI
RÖNTGEN CENTRUM

Termál Fürdő
Debrecen, Nagyerdei park 1.

Tel.: +36 52 532-738

Mobil: +36 30 299-6460

Páciens aláírása

www.rontgencentrum.hu