

tomomedica

SKIEROWANIE

imię i nazwisko pacjenta

data urodzin

Proszę o wykonanie:

- pantomogram
 zdjęcie stawów skroniowo-żuchwowych
 tomografia CBCT: szczęka _____
 żuchwa _____
 wycinek _____
 płyta CD e-mail: _____

Cel badania:



data

podpis i pieczętka lekarza

Tu zapłacisz kartą:



tomomedica

Adres:
ul. Szaserów 31
04-306 Warszawa

tel.: 22 749 16 60
tel. kom.: 577 275 965
e-mail: gabinet@tomomedica.pl

Godziny otwarcia:
pon.-pt.: 9:00-20:00
sobota: 10:00-14:00