3D - RÖNTGENI SAATEKIRI

**Patsiendi isikuandmed:**

Nimi………………………

Isikukood…………………..

Elukoht…………………….

Telefon……………………

E-mail…………………….

Hambanumber……………..

**Arsti andmed:**

Nimi……………………….

Töökoht……………………

Aadress………………........

Tel…………………………

E-mail……………………. .

**Palun teostada 3D- röntgenuuring:**

 Ülalõug

 Alalõug

 Hambavalem

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**( Soovi korral täpsustage uuritav piirkond)**