**OPIS BADANIA RADIOLOGICZNEGO**

**Pacjent:**

**PESEL**:

**Data urodzenia**:

**Data badania**:

**Aparat:** New Tom VGI Evo

**Lekarz opisujący**:

**Tomografia Stożkowa (CBCT)**

..................................................................

*Podpis i pieczątka lekarza opisującego*