RTG NAPOTNICA

1-IZVAJALEC

ŠTEV. IZVAJALCA _____ ŠTEV. DELOVIŠČA _____

_____
(naziv in naslov izvajalca)

2-ZDRAVNIK

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____

_____
(imenski žig)

3-PACIENT

_____ _____
(številka zavarovane osebe) (datum rojstva)

_____
(priimek)

_____ M-1 Ž-1
(ime)

4-OPOMBE

5-INTRA, BW

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

6-ORTOPAN, TM SKLEP, SINUSI, TOMOGRAFIJA, GLAVA

KOL. OPIS

KRAJ _____ DNE _____ ŽIG _____
imenski žig - podpis zdravnika