

HASTA RADYOLOJİK MUAYENE KAĞIDI

Hasta Adı:		SGK/Kimlik No:			Tarih:	
Aygıt Kimlik:	Kalibrasyon Tarihi:	Kontrolü:	Tepki Kontrolü:	Arkapan:	Nazal Sürüntü (SAĞ) (SOL)	
Muayeneyi tamamlayan			İmza:			

