

## RÖNTGENUURINGUTE JA MAMMOGRAAFIA SAATEKIRI

Ristiku 1, 80010 Pärnu, II korrus, radioloogia BC-korpus  
Tel 447 3561

Eesnimi: \_\_\_\_\_

Perekonnanimi: \_\_\_\_\_

Isikukood või sünniaeg: \_\_\_\_\_

Nimekleeps

Saatev arst (ees- ja perekonnanimi): \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Saatev osakond/raviasutus: \_\_\_\_\_

Uuringu kuupäev: \_\_\_\_\_ Kellaeg: \_\_\_\_\_

ÜLDRADIOLOOGIA			
<input type="checkbox"/>	Alalõualuu	<b>P</b>	<b>V</b>
<input type="checkbox"/>	Kolju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rangluu
<input type="checkbox"/>	Näokolju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abaluu
<input type="checkbox"/>	Ninaluud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Roided
<input type="checkbox"/>	Ninakõrvalkoopad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Õlaliiges
<input type="checkbox"/>	Ninaneel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Õlavars
Rindkere	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Künarliiges
	<input type="checkbox"/> LAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Künarvars
	<input type="checkbox"/> Lamades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ranne
Rinnak	<input type="checkbox"/> AP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Labakäsi
	<input type="checkbox"/> LAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sõrm ( )
Kõhukoobas	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vaagen
	<input type="checkbox"/> AP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Puus
	<input type="checkbox"/> LAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Puus (2 suunas)
<input type="checkbox"/>	Intravenoosne urograafia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Reieluu
<input type="checkbox"/>	Retrograadne ureetrograafia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Põlv
<input type="checkbox"/>	Lülisamba kaelaosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Põlv seistes
<input type="checkbox"/>	Lülisamba rinnaosa <input type="checkbox"/> seistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patella
<input type="checkbox"/>	Lülisamba lumbaalosa <input type="checkbox"/> seistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sääreluu
<input type="checkbox"/>	Lülisamba telg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hüppeliiges
<input type="checkbox"/>	SI liidused	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alajäseme telg
Muu:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Labajalg
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Varvas ( )
<input type="checkbox"/>	<b>MAMMOGRAAFIA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kandluu

Kliinilised andmed ja uuringu eesmärk:

---



---



---



---



---

Kuupäev: \_\_\_\_\_ Arsti allkiri: \_\_\_\_\_