**Персональный дозиметрический паспорт**

**Персональные данные**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО  | Дата рождения  |
| Адрес  |
| Телефон  | E-mail |

**Список рентгенографических обследований**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Вид исследования | Часть тела | ФИО врача\ стоматолога; название медицинского учреждения  | Подпись врача  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |