**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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |