

Skierowanie do
RENTGEN STOMATOLOGICZNY

Kraków - Nowa Huta, os. Słoneczne 16

tel. 12-425-70-49

e-mail: rrtgsloneczne16@gmail.com

poniedziałek - piątek 8.30 - 18.30, sob. 8.30-13.00

Jednostka kierująca

Imię i Nazwisko

PESEL

Proszę o wykonanie:

Badania 2D

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> pantomograficznego przeglądowego | <input type="checkbox"/> zgryzowego okolicy |
| <input type="checkbox"/> pantomograficznego program pediatriczny (redukcja dawki 40%) | |
| <input type="checkbox"/> cefalometrycznego (tele-boczne) | <input type="checkbox"/> skrzydłowo-zgryzowego okolicy |
| <input type="checkbox"/> czaszki PA (tylno - przednie) | |
| <input type="checkbox"/> czaszki AP (przednio - tylne) | |
| <input type="checkbox"/> dłoni i nadgarstka (wiek rozwojowy) | <input type="checkbox"/> punktowego zębów: |
| <input type="checkbox"/> stawów skroniowo-żuchwowych w zwarciu i rozwarciu | |

Badania 3D (tomografia komputerowa CBCT)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> szczęki + zatok szczękowych | <input type="checkbox"/> szczęki, żuchwy, (pole o wys. 17cm) |
| <input type="checkbox"/> żuchwy | <input type="checkbox"/> mikro CT (4x4x4cm) okolicy |
| <input type="checkbox"/> zatok obocznych nosa | <input type="checkbox"/> obiektu (np. protezy) |
| <input type="checkbox"/> stawów skroniowo – żuchwowych | <input type="checkbox"/> inne wg opisu |

Proszę o wydanie badania: (dotyczy wszystkich badań)

klisza, CD, e-mail:

Proszę o opis lekarza radiologa (dodatkowo płatne)

Cel badania (CBCT):

implantacja, ortodoncja. laryngologia, endodoncja, periodontologii

Rozpoznanie wstępne i dodatkowe uwagi:

.....

.....

Data Lekarz kierujący:.....

Verte

Każde badanie tomograficzne wydawane jest na płycie CD wraz z specjalistycznym oprogramowaniem możliwym do uruchomieni na komputerze klasy PC. Oprogramowanie zawiera rekonstrukcję 3D.

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia Dz.U. 194, poz. 1625, u dzieci i młodzieży do lat 16 wymagana jest książeczka zdrowia.

Zostałam poinformowana, że ciąża stanowi względne przeciwwskazanie do wykonania badania RTG.

.....
data i podpis

