Skierowanie do

Oral-dent

RENTGEN STOMATOLOGICZNY
31-523 Kraków, ul. Kielecka 17
tel. 12 412 80 17
www.oraldent.pl, email: oraldent@oraldent.pl
Czynny pon.-piąt. 8.00-20.00, sob. 8.00-13.00

_____
Jednostka kierująca

Imię i Nazwisko …….....

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Proszę o wykonanie:

Badania 2D

☐ pantomograficznego przeglądowego
☐ pantomograficznego program pediatryczny (redukcja dawki 40%)
☐ cefalometrycznego (tele-boczne)
☐ czaszki PA (tylno - przednie)
☐ czaszki AP (przednio - tylne)
☐ dłoni i nadgarstka (wiek rozwojowy)
☐ stawów skroniowo-żuchwowych w zwarciu i rozwarciu

☐ zgryzowego okolicy .....
.....
☐ skrzydłowo-zgryzowego okolicy .....
.....
☐ punktowego zębów: .....
.....

Badania 3D (tomografia komputerowa CBCT)

☐ szczęki + zatok szczękowych
☐ żuchwy
☐ zatok obocznych nosa
☐ stawów skroniowo – żuchwowych

☐ szczęki, żuchwy, (pole o wys. 17cm)
☐ mikro CT (4x4x4cm) okolicy .....
☐ obiektu (np. protezy)
☐ 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