

PRACOWNIA RADIOLOGII STOMATOLOGICZNEJ

Wschowa, ul.Lipowa 18

tel. 65 540 16 55 lub 509 787 701

czynna od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 - 18.00

SKIEROWANIE

Pan/i

data urodzenia

Proszę o wykonanie następujących badań RTG:

- ☐ zdjęcie wewnątrzustne

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

ZDJĘCIE PANTOMOGRAFICZNE - CYFROWE

- ☐ zdjęcie pantomograficzne
całkowite
- ☐ zdjęcie pantomograficzne
częściowe, okolica.....
(proszę zaznaczyć obszar)



ZDJĘCIE CEFALOMETRYCZNE

(proszę zaznaczyć właściwy rodzaj badania i rozmiar obrazowania)

- ☐ Projektcja LA - boczna



- ☐ Skośna



- ☐ PA



- ☐ Dłoń



- ☐ AP



- ☐ 18 x 18 cm

- ☐ 24 x 24 cm

- ☐ 24 x 30 cm

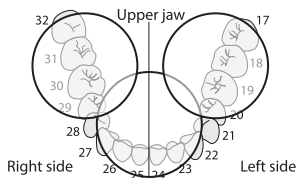
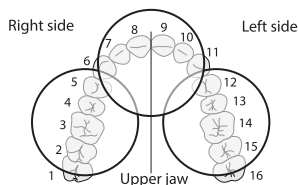
- ☐ 30 x 30 cm

OBRAZOWANIE 3D - TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

☐ wycinek łuku zębowego, okolica.....

☐ skan łączony szczęki

☐ skan łączony żuchwy



☐ zdjęcie zatok

☐ zdjęcie stawów skroniowo - żuchwowych: „O” „Z”

Badanie będzie wykorzystane do następujących celów:

☐ Implantologia

☐ Chirurgia

☐ Endodoncja

☐ Ortodoncja

☐ Stomatologia zachowawcza
i protetyka

☐ Inne.....

Wynik badania

☐ Na płycie CD

☐ Wydruk na papierze

Płyta CD z wynikiem badania zawiera oprogramowanie pozwalające na odczyt badania tomograficznego oraz pantomograficznego

Lekarz kierujący

Pieczęć i podpis

Data

Proszę o wydanie zdjęcia bez opisu radiologicznego