

.....
pieczętka gabinetu/ lekarza kierującego

SKIEROWANIE DO PRACOWNI RTG

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data urodzenia / PESEL: _____

Proszę o wykonanie RTG (zaznaczyć właściwe):

Punktowe zęba nr _____ techniką izometrii / kąta prostego

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

Pantomograficzne / stawy skroniowo-żuchwowe

RTG cefalometryczne: przednie / tylne / skośne / boczne

Tomografia 3D (zaznaczyć zakres)



Tomografia 3D twarzoczaszki (16x17)

Tomografia 3D stawów skroniowo-żuchwowych

Tomografia 3D zatok

Tomografia 3D ucha

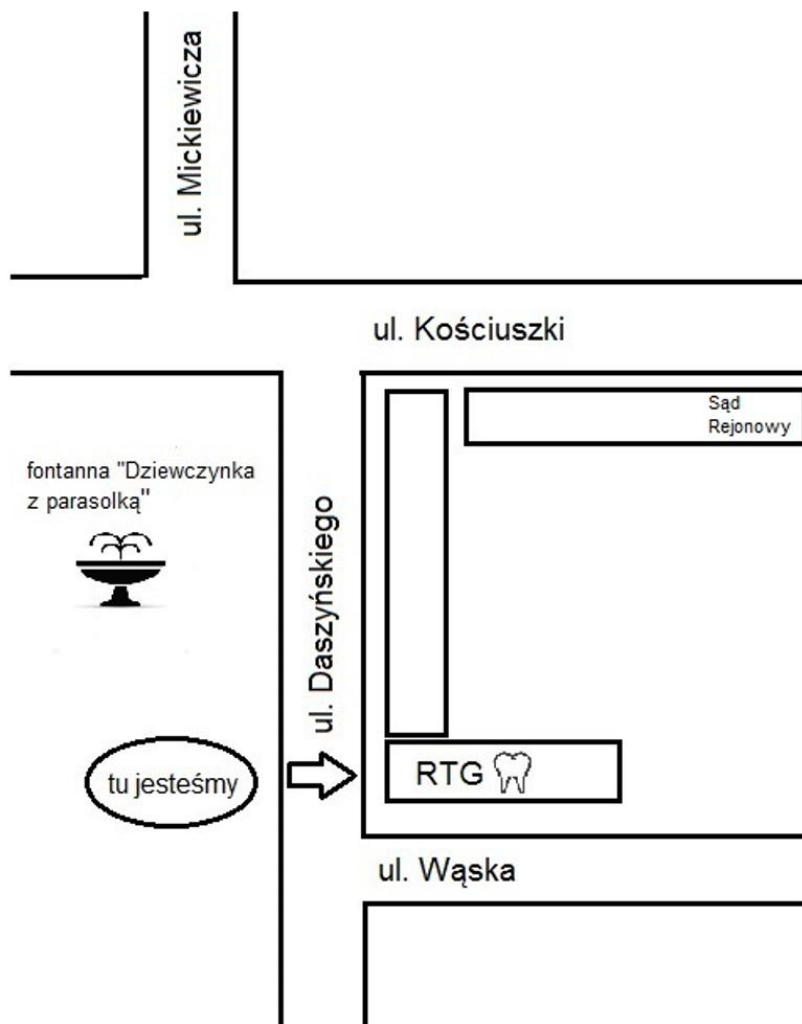
Wydanie w postaci: kliszy + CD CD z badaniem wydruk na kliszy

Przesłanie lekarzowi na e-mail.....

Rozpoznanie i ewentualne uwagi:

.....
.....

.....
podpis lekarza kierującego



Przed przystąpieniem do zdjęcia całej szczęki należy zdjąć wszystkie metalowe przedmioty z okolic głowy i szyi.

Uwaga pacjentko! Jeśli jesteś w ciąży, poinformuj o tym fakcie osobę wykonującą badanie.

Jestem świadoma ewentualnego zagrożenia, wynikającego ze szkodliwości promieniowania rentgenowskiego, w związku z tym oświadczam, że nie jestem aktualnie w ciąży.

.....
(Data, czytelny podpis)