Rentgen Stomatologiczny

ul. Daszyńskiego 3, 38-500 Sanok
tel. 13 46 44 920, kom. 667 548 315
www.rtg.horoszko.pl
pon- czw: 8.30-18.00
piątek: 8.30-16.30
w wybrane soboty: 9.30-12.00

……

pieczątka gabinetu/ lekarza kierującego

Skierowanie do pracowni rentgenodiagnostyki stomatologicznej

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data urodzenia / PESEL: _____

Proszę o wykonanie RTG (zaznaczyć właściwe):

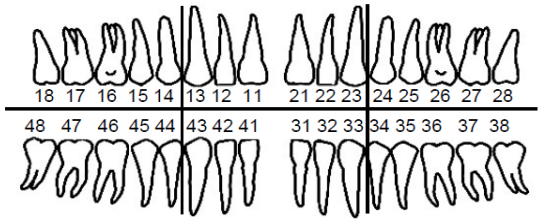
☐ Punktowe zęba nr _____ techniką izometrii / kąta prostego

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……

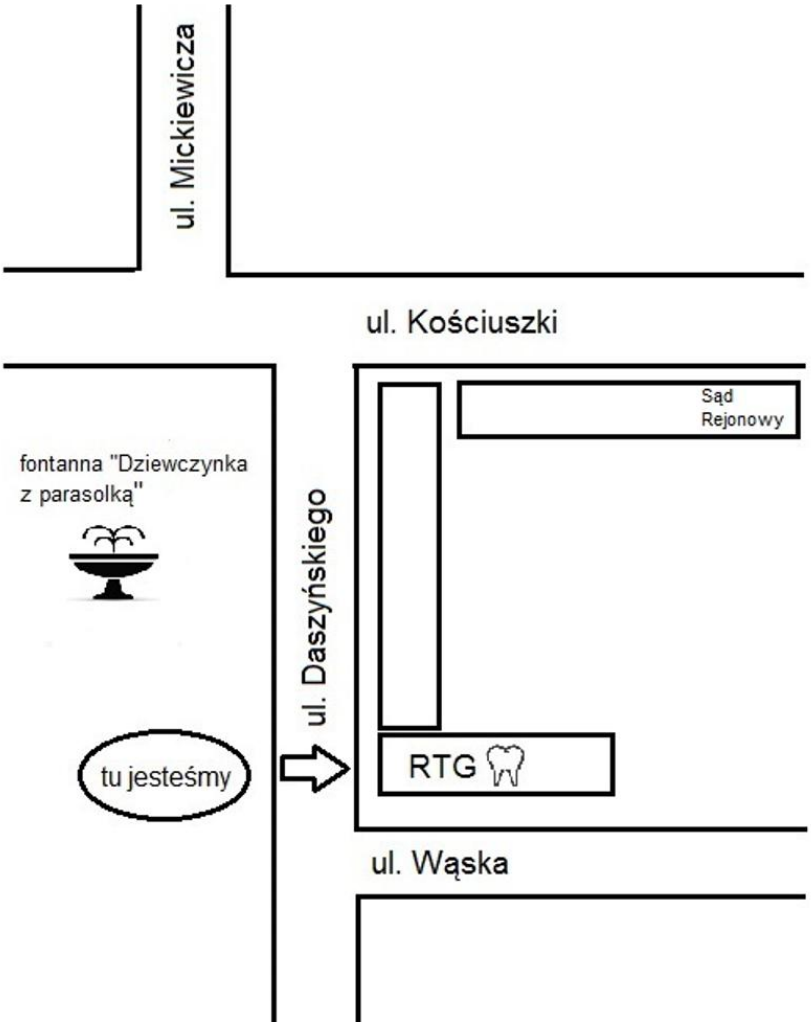
Rozpoznanie i ewentualne uwagi:

……

……

……

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)