

**Skierowanie do**  
**RENTGEN STOMATOLOGICZNY**

Kraków - Nowa Huta, os. Słoneczne 16

tel. (+48) 12 425 70 49

e-mail: rtgsloneczne16@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"/> pantomograficzne przeglądowe          | <input type="checkbox"/> stawów skroniowo - żuchwowych                                   |
| <input type="checkbox"/> pantomograficzne program pediatryczny | (czynnościowe)   |
| <input type="checkbox"/> pantomograficzne ortogonalne          | <input type="checkbox"/> czaszki <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> PA |
| <input type="checkbox"/> cefalometryczne                       | <input type="checkbox"/> zatok projekcja wg. Towne'a                                     |
| <input type="checkbox"/> zatok szczękowych                     | <input type="checkbox"/> zatok projekcja wg. Watresa                                     |
| <input type="checkbox"/> punktowe zębów .....                  |  |

Proszę o wydanie badania na  CD,  kliszy,  e-mail: .....

**Badania 3D (tomografia komputerowa CBCT)**

- szczęki
- żuchwy
- szczęki i żuchwy
- mikro CT 5x5cm okolicy zęba: .....

Proszę o wydanie badania na  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**

**Skierowanie do**  
**RENTGEN STOMATOLOGICZNY**

Kraków - Nowa Huta, os. Słoneczne 16

tel. (+48) 12 425 70 49

e-mail: rtgsloneczne16@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"/> pantomograficzne przeglądowe          | <input type="checkbox"/> stawów skroniowo - żuchwowych                                   |
| <input type="checkbox"/> pantomograficzne program pediatryczny | (czynnościowe)   |
| <input type="checkbox"/> pantomograficzne ortogonalne          | <input type="checkbox"/> czaszki <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> PA |
| <input type="checkbox"/> cefalometryczne                       | <input type="checkbox"/> zatok projekcja wg. Towne'a                                     |
| <input type="checkbox"/> zatok szczękowych                     | <input type="checkbox"/> zatok projekcja wg. Watresa                                     |
| <input type="checkbox"/> punktowe zębów .....                  |  |

Proszę o wydanie badania na  CD,  kliszy,  e-mail: .....

**Badania 3D (tomografia komputerowa CBCT)**

- szczęki
- żuchwy
- szczęki i żuchwy
- mikro CT 5x5cm okolicy zęba: .....

Proszę o wydanie badania na  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*



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*

