

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

32-400 Myślenice, ul. ParDYaka 3  
tel. (+48) 12 274 42 87  
e-mail: rtmyslenice@gmail.com  
Czynny: pon. - piąt. 8.00-13.00, 14-19

\_\_\_\_\_  
Jednostka kierująca

Imię i Nazwisko .....

PESEL

Proszę o wykonanie:

**Badania 2D**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> pantomograficznego przeglądowego                                | <input type="checkbox"/> zgrzyzowego okolicy .....            |
| <input type="checkbox"/> pantomograficznego program<br>pediatryczny (redukcja dawki 40%) | .....   |
| <input type="checkbox"/> cefalometrycznego (tele-boczne)                                 | <input type="checkbox"/> skrzydłowo-zgrzyzowego okolicy ..... |
| <input type="checkbox"/> czaszki PA (tylno - przednie)                                   | .....   |
| <input type="checkbox"/> czaszki AP (przednio - tylne)                                   | .....   |
| <input type="checkbox"/> dłoni i nadgarstka ( wiek rozwojowy)                            | <input type="checkbox"/> punktowego zębów: .....              |
| <input type="checkbox"/> stawów skroniowo-żuchwowych<br>w zwarciu i rozwarciu            | .....   |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> szczęki + zatok szczękowych   | <input type="checkbox"/> szczęki, żuchwy,                 |
| <input type="checkbox"/> żuchwy                        | <input type="checkbox"/> mikro CT (4x4x4cm) okolicy ..... |
| <input type="checkbox"/> zatok obocznych nosa          | <input type="checkbox"/> obiektu (np. protezy)            |
| <input type="checkbox"/> stawów skroniowo – żuchwowych | <input type="checkbox"/> 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**

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

32-400 Myślenice, ul. ParDYaka 3  
tel. (+48) 12 274 42 87  
e-mail: rtmyslenice@gmail.com  
Czynny: pon. - piąt. 8.00-13.00, 14-19

\_\_\_\_\_  
Jednostka kierująca

Imię i Nazwisko .....

PESEL

Proszę o wykonanie:

**Badania 2D**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> pantomograficznego przeglądowego                                | <input type="checkbox"/> zgrzyzowego okolicy .....            |
| <input type="checkbox"/> pantomograficznego program<br>pediatryczny (redukcja dawki 40%) | .....   |
| <input type="checkbox"/> cefalometrycznego (tele-boczne)                                 | <input type="checkbox"/> skrzydłowo-zgrzyzowego okolicy ..... |
| <input type="checkbox"/> czaszki PA (tylno - przednie)                                   | .....   |
| <input type="checkbox"/> czaszki AP (przednio - tylne)                                   | .....   |
| <input type="checkbox"/> dłoni i nadgarstka ( wiek rozwojowy)                            | <input type="checkbox"/> punktowego zębów: .....              |
| <input type="checkbox"/> stawów skroniowo-żuchwowych<br>w zwarciu i rozwarciu            | .....   |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> szczęki + zatok szczękowych   | <input type="checkbox"/> szczęki, żuchwy,                 |
| <input type="checkbox"/> żuchwy                        | <input type="checkbox"/> mikro CT (4x4x4cm) okolicy ..... |
| <input type="checkbox"/> zatok obocznych nosa          | <input type="checkbox"/> obiektu (np. protezy)            |
| <input type="checkbox"/> stawów skroniowo – żuchwowych | <input type="checkbox"/> 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:.....

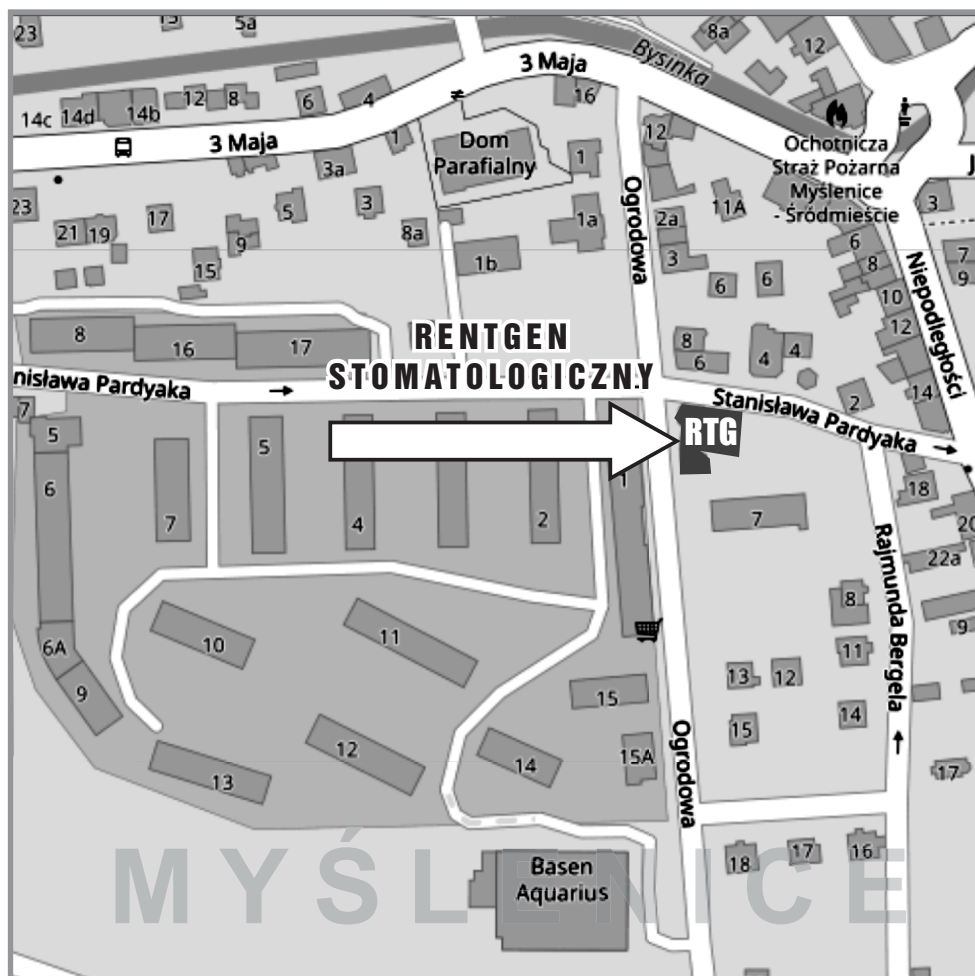
**Verte**

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*



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*

