



Pon. - Pt. 8:00 - 18:00, Sob. 9:00 - 14:00
www.rtgwilenska.pl

PIECZATKA GABINETU

**SKIEROWANIE DO PRACOWNI TOMOGRAFII CBCT
WYKONUJEMY BADANIE BEZ UPRZEDNIEJ REJESTRACJI TELEFONICZNEJ**

Imię i nazwisko

[illegible]

5x5 ☐ okolica zęba

☐ okolica zęba (endo)



6x9 ☐ jeden wyrostek zębodołowy szczęki

8x8 ☐ jeden wyrostek zębodołowy żuchwy

☐ dwa wyrostki zębodołowe szczęki i żuchwy



10x10 ☐ szczęka i żuchwa
12x15 ☐ stawy skroniowo żuchwowe
☐ zatrzymane zęby



	☐ twarzoczaszka (pantonogram 3D)
15x20	☐ twarzoczaszka + moduł 3D Ceph (ortodoncja)
	☐ zatoki oboczne nosa + czołowa (laryngologia)

Rozpoznanie i uwagi

☐ Wynik tomografii na e-mail ☐ Wynik na CD ☐ Wynik na pendrive ☐ Opis radiologa

E-mail pacjenta.....

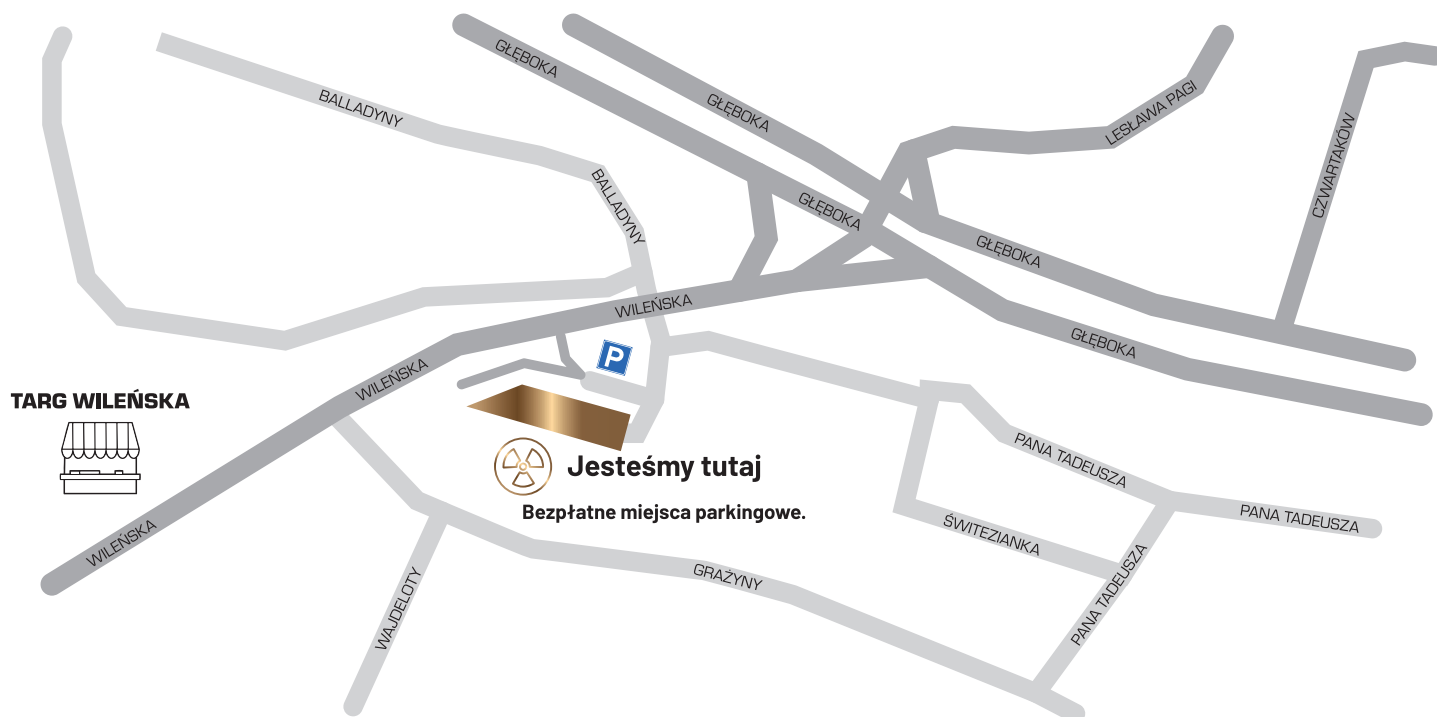
Badanie tomograficzne przesłać na e-mail lekarza

☐ Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie i przetwarzanie badania CBCT

☐ Oświadczam, że nie jestem w ciąży*

Podpis pacjenta/pacjentki* i data

Pieczętka lub podpis lekarza i data



Wykonujemy badanie bez uprzedniej rejestracji telefonicznej.



ORTHOPANTOMOGRAPH™ OP 3D™ LX
Rozbudowana innowacja w obrazowaniu.