



Centrum Radiologii STOMATOLOGICZNEJ

SKIEROWANIE NA BADANIE RTG

Imię i nazwisko

Pesel

Cel badania

Nr kontaktowy do lekarza

PROSZĘ O WYKONANIE ZDJĘCIA:

3D TOMOGRAFIA:

- Szczęki
- Żuchwy
- Stawu skroniowo-żuchwowego
 - prawego
 - lewego
- Zatok szczękowej
 - prawej
 - lewej
- Odcinka łuku zębowego

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

2D:

- Panoramiczne standardowe
- Panoramiczne dziecięce (mniejsza dawka)
- Panoramiczne segmentowe
 - przednie
 - boczne lewe
 - boczne prawe
- Skrzydłowo-zgrzyzowe
- Boczne SSŻ
- Przednio-tylne SSŻ w zwarcu i rozwarciu
- Zatok szczękowe



Data, podpis i pieczęć lekarza

W celu umówienia wykonania zdjęcia prosimy
o rezerwację telefoniczną: 501 325 399