Przychodnia kierująca

RENTGEN STOMATOLOGICZNY

31-046 Kraków, ul. Św. Gertrudy 8/6, I piętro

tel: 12 411 92 64 www.rentgen-gertrudy.pl
kom. 692 314 208 e-mail: rtg.gertrudy8@interia.pl

Bez rejestracji!
Wyniki natychmiast!

Czynny:
Pon-pt 8:00 – 20:00
Sobota 9:00 – 14:00

.....
Pacjent

PESEL

.....
Data

Proszę o wydanie wyniku na :

- ☐ klisza - wydruk
- ☐ e- mail: .....
- ☐ CD - plik.bmp, .dcm
- ☐ CD z przeglądarką

Rozpoznanie i cel badania:

.....
.....
.....

Badania 2D

- ☐ pantomograficzne - standardowe
- ☐ pantomograficzne program pediatryczny
- ☐ cefalometryczne
- ☐ czaszki PA i AP
- ☐ zatok oboczny nosa(Waters View)
- ☐ stawów skroniowo-żuchwowych w zwarciu i rozwarciu
- ☐ punktowe .....
- ☐ skrzydłowo-zgryzowe .....
- ☐ zgryzowe .....

Badanie 3D (CBCT)

- ☐ mikro CBCT (5x5cm) okolicy .....
- ☐ szczęki (całość) ☐ strona prawa ☐ strona lewa
- ☐ żuchwy (całość) ☐ strona prawa ☐ strona lewa
- ☐ szczęki + żuchwy
- ☐ TMJ - stawów skroniowo-żuchwowych

Oświadczam, że **nie jestem** / **jestem*** w ciąży

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie Badania RTG/CBCT

DATA I PODPIS:

Lekarz kierujący

Przychodnia kierująca

RENTGEN STOMATOLOGICZNY

31-046 Kraków, ul. Św. Gertrudy 8/6, I piętro

tel: 12 411 92 64 www.rentgen-gertrudy.pl
kom. 692 314 208 e-mail: rtg.gertrudy8@interia.pl

Bez rejestracji!
Wyniki natychmiast!

Czynny:
Pon-pt 8:00 – 20:00
Sobota 9:00 – 14:00

.....
Pacjent

PESEL

.....
Data

Proszę o wydanie wyniku na :

klisza - wydruk

e- mail: .....

CD - plik.bmp, .dcm

CD z przeglądarką

Rozpoznanie i cel badania:

.....
.....
.....

Badania 2D

pantomograficzne - standardowe

pantomograficzne program pediatryczny

cefalometryczne

czaszki PA i AP

zatok oboczny nosa(Waters View)

stawów skroniowo-żuchwowych w zwarciu i rozwarciu

punktowe .....

skrzydłowo-zgryzowe .....

zgryzowe .....

Badanie 3D (CBCT)

mikro CBCT (5x5cm) okolicy .....

szczęki (całość) strona prawa strona lewa

żuchwy (całość) strona prawa strona lewa

szczęki + żuchwy

TMJ - stawów skroniowo-żuchwowych

Oświadczam, że nie jestem / jestem* w ciąży

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie Badania RTG/CBCT

DATA I PODPIS:

Lekarz kierujący