

Skierowanie – rentgen stomatologiczny

Imię i nazwisko.....

PESEL

ROZPOZNANIE (cel badania):

Badanie będzie wykorzystane podczas leczenia: Implantologia Endodoncja
 Ortodoncja Chirurgia Protetyka Stom. zachowawcza Inne

Proszę o wykonanie zdjęć:

- punktowego wewnątrzustnego zęba:

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
- pantomograficznego przeglądowego
- pantomograficznego program pediatryczny (redukcja dawki 40%)
- cefalometrycznego (tele-boczne)
- skrzydłowo-zgryzowego okolicy

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA CBCT 3D

Polecana przy leczeniu:

- Endodoncja • Implantologia • Chirurgia - zatrzymane zęby

tomografia komputerowa okolicy zęba:

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

UWAGA! Wszystkie rodzaje zdjęć wykonujemy w technologii cyfrowej.

Proszę o wydanie badania:

- przesłanie zdjęcia na e-mail:(rozmiar pliku do 10MB)
- nagranie na płytę CD

Data:..... Lekarz kierujący: