

**ODBIÓR ZDJĘĆ
DO 5-10 MINUT**

**GABINET
RENTGENODIAGNOSTYKI
STOMATOLOGICZNEJ**

Poznań, ul. Wieniawskiego 5/9,
Dom Technika (Budynek NOTu),
tel. 61 853 66 54, 504 309 267

www.rtg.poznan.pl radiodent.poznan@gmail.com

**3D - verte
(2-strona)**

zapraszamy od poniedziałku do piątku 9⁰⁰-19⁰⁰, w soboty 9⁰⁰-14⁰⁰

SKIEROWANIE NA BADANIE RTG

.....
imię

.....
nazwisko

.....
PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cel badania / wstępne rozpoznanie.....

ANALOGOWE 2D (klisza)

- pantomograficzne
- cefalometryczne (tele)
 - boczne PA / AP
- SSŻ
- punktowe zębowe

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

- zgryzowe szczęka/żuchwa
- zgryzowo-skrzydłowe P / L

CYFROWE 2D

- pantomograficzne
- cefalometryczne (tele)
 - boczne PA / AP
- SSŻ
 - boczna PA

- wydruk
- DVD pendrive
- @:.....
- serwer SMART @:.....

Wyrażam zgodę na wykonanie badania RTG

.....
data podpis

**Oświadczam, że w dniu badania RTG
nie jestem w ciąży**

.....
data podpis

**Potwierdzam wpis wykonanego badania RTG
do książeczki zdrowia dziecka**

.....
data podpis

.....

data, pieczętka i podpis kierującego

- Proszę o przesłanie druków skierowań

BADANIE TOMOGRAFICZNE 3D (CBCT)

WYNIK BADANIA NA

DVD pendrive serwer SMART @:.....

CEL BADANIA

stomatologia i protetyka implantologia ortodoncja endodoncja chirurgia

Badany obszar

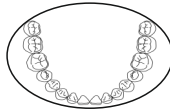
Pole obrazowania

1 Tomografia zęba
(tryb ENDO (5x5))



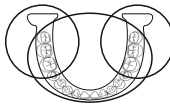
ząb

2 Tomografia zębów



zęby

3 Tomografia - tryb łączony



szczęka żuchwa szczęka i żuchwa

4 Tomografia SSZ

P L PiL

5 Tomografia
ucha środkowego

P L PiL

6 Tomografia
zatok szczękowych

Uwagi lekarza:



Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych medycznych lekarzowi za pośrednictwem serwera SMART lub poczty elektronicznej.

.....
podpis

.....
data