

INTERDENTAL Katarzyna Kargol-Kuszevska

ul. Kościuszki 6e, 26-600 Radom
tel. 48 360 17 33, 48 385 08 94

data









SKIEROWANIE NA BADANIE RADIOLOGICZNE TOMOGRAFIA DLA STOMATOLOGII I LARYNGOLOGII

Pani/Pan

PESEL

Cel badania:

- badanie kontrolne
 konsultacja implantologiczna, protetyczna
 konsultacja ortodontyczna

POLE OBRAZOWANIA	ZASTOSOWANIE	WYBÓR POLA OBRAZOWANIA
<input type="checkbox"/> 50x50 mm	Pojedyncze implanty, zlokalizowane problemy, endodoncja, periodontologia	 Small S Symbol zęba przyczynowego
<input type="checkbox"/> 50x100 mm	Szczęką lub żuchwą, implanty, nawiercanie szablonów	 Small S+
<input type="checkbox"/> 80x100 mm	Całkowite uzębienie, implanty, kości skroniowe	 Medium M
<input type="checkbox"/> 80x165 mm	Kości skroniowe dwustronnie, szczęki i stawy skroniowo-żuchwowe	 Medium M+
<input type="checkbox"/> 140x100 mm	Zatoki, odcinek szyjny kręgosłupa	 Large L
<input type="checkbox"/> 140x165 mm	Zatoki, chirurgia ortognatyczna, ENT, ortodoncja	 Large L+
<input type="checkbox"/> 180x165 mm	Urazy, chirurgia szczękowo-twarzowa, ortodoncja	 XL
<input type="checkbox"/> 240x165 mm	Urazy, chirurgia szczękowo-twarzowa	 X+L

- Wyrażam zgodę na badanie radiologiczne
 Oświadczam, iż nie jestem w ciąży

data i podpis pacjentki

Parametry ekspozycji: kV mA s mGycm²

Uwagi

- na płycie CD
 wysyłka pocztą elektroniczną na adres

Telefon kontaktowy lekarza kierującego

data, pieczętka, podpis lekarza