

SKIEROWANIE

PESEL

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

.....
imię i nazwisko pacjenta

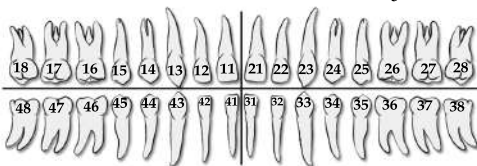
RTG

- ☐ pantomogram ☐ cefalometria
- ☐ L-L ☐ A-P ☐ P-A
- ☐ punktowe 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 |
- ☐ stawów skroniowo - żuchwowych
w zwarcu i rozwarciu
- ☐ segment OPG
- zaznacz ćwiartkę I II
- 
- IV III
- ☐ RTG dłoni na wiek kostny
- ☐ Dłoń lewa ☐ Dłoń prawa

Tomografia CBCT

rozdzielczość ☐ niska ☐ standardowa ☐ najwyższa

- ☐ szczęka ☐ żuchwa
- ☐ szczęka i żuchwa
- ☐ szczęka i żuchwa + stawy
skron.-żuch. + zatoki szczękowe
- ☐ szczęka + zatoki szczękowe
- ☐ twarzoczaszka
- ☐ stawy skroniowo - żuchwowe
- ☐ w zwarcu ☐ w rozwarciu
- ☐ zatok
obocznych nosa ☐ zatok
szczękowych
- ☐ ucho środkowe - prawe i lewe
- ☐ wycinek łuku zębowego
- zaznacz „X” obrazowane zęby



☐ Opis radiologiczny CBCT (dodatkowo płatne)

☐ **Proszę o nowy bloczek skierowań**

- ☐ Cel ogólnodiagnostyczny
- ☐ Endodontyczny
- ☐ Inny
-
-
-
-

Nośnik:

☐ Płyta CD (bezpłatne) ☐ Klisza (płatne) ☐ Pendrive (płatne)

☒ Wirtualny Gabinet * (bezpłatne), * w razie braku zgody wykreślić
** prosimy o kontakt w celu uzyskania dostępu do portalu WG

☐ E-mail: (bezpłatne)

--

Pieczętka placówki kierującej

--

Pieczętka podpis lekarza kierującego i data