……
Miejscowość, data

PrecisDENT
STOMATOLOGIA

17stycznia 25, Jasło
Tel: 780047991
Pn – Pt 9:30 – 18:00

SKIEROWANIE DO DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

Imię i nazwisko pacjenta…….. ……. PESEL | | | | | | | | | | | |

Rodzaj badania:

□ Tomografia 3D

□ endo HD – FOV 5x5 (najwyższa rozdzielczość, kilka sąsiednich zębów) Okolica zęba: …….

□ Szczęka lub Żuchwa – FOV 8x5 (jeden łuk zębowy) …….

□ Szczęka i żuchwa – FOV 8x9 (obydwa łuki zębowe)

□ program pediatryczny - FOV 4x4 (bardzo niska dawka promieniowania) Okolica zęba: …….

□ Zdjęcie pantomograficzne

□ Zdjęcie pantomograficzne pediatryczne (bardzo niska dawka promieniowania)

□ Zdjęcie stawów skroniowo- żuchwowych □ x2 □ x4

……. …….
Pieczęć jednostki kierującej Podpis i pieczątka lekarza kierującego

……
Miejscowość, data

PrecisDENT
STOMATOLOGIA

17 stycznia 25, Jasło
Tel: 780047991
Pn – Pt 9:30 – 18:00

SKIEROWANIE DO DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

Imię i nazwisko pacjenta…….. ……. PESEL | | | | | | | | | | | |

Rodzaj badania:

□ Tomografia 3D

□ endo HD – FOV 5x5 (najwyższa rozdzielczość, kilka sąsiednich zębów) Okolica zęba: …….

□ Szczęka lub Żuchwa – FOV 8x5 (jeden łuk zębowy) …….

□ Szczęka i żuchwa – FOV 8x9 (obydwa łuki zębowe)

□ program pediatryczny - FOV 4x4 (bardzo niska dawka promieniowania) Okolica zęba: …….

□ Zdjęcie pantomograficzne

□ Zdjęcie pantomograficzne pediatryczne (bardzo niska dawka promieniowania)

□ Zdjęcie stawów skroniowo- żuchwowych □ x2 □ x4

……. …….
Pieczęć jednostki kierującej Podpis i pieczątka lekarza kierującego