

45-056 Opole, ul. A. Końskiego 5

tel. 77 / 401 56 33, e-mail: rtg.medix@tlen.pl, www.medix-rtg.pl

CZYNNY: PN. - PT. 9<sup>00</sup> - 19<sup>00</sup> SO. 9<sup>00</sup> - 14<sup>00</sup>

### SKIEROWANIE

Pacjent .....

#### ZDJĘCIE WEWNĄTRZUSTNE

- metodą kąta prostego nr zęba: .....
- metodą dwusiecznej kąta nr zęba: .....
- metodą skośnoboczną nr zęba: .....
- skrzydłowo-zgryzowe nr zęba: .....
- zgryzowe nr zęba: .....



Proszę o przesłanie skierowań

#### ZDJĘCIE ZEWNĄTRZUSTNE

- pantomograficzne
- pantomograficzne – program pediatryczny
- zatok szczękowych
- stawów skroniowo żuchwowych w zwarciu i rozwarciu
- cefalometryczne - boczne głowy
- przednio-tylne czaszki (AP)
- tylno-przednie czaszki (PA)
- program oceny wieku kostnego (dłoń)
- inne .....

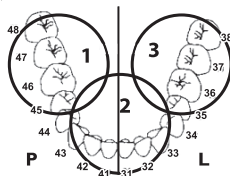
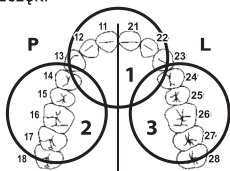
#### PAKIETY RADIOLOGICZNE

- ortodontyczny (zdjęcie pantomograficzne i cefalometryczne)
- implantologiczny (pantomogram przed i po implantacji)
- endodontyczne (trzy zdjęcia tego samego zęba w trakcie leczenia endo.)

#### BADANIE TOMOGRAFICZNE 3D (stożkowa CBCT)

- Szczęki
- Fragmentaryczne Szczęki \*
- Żuchwy
- Fragmentaryczne Żuchwy \*

\* Proszę zaznaczyć numery zębów, których scan ma dotyczyć

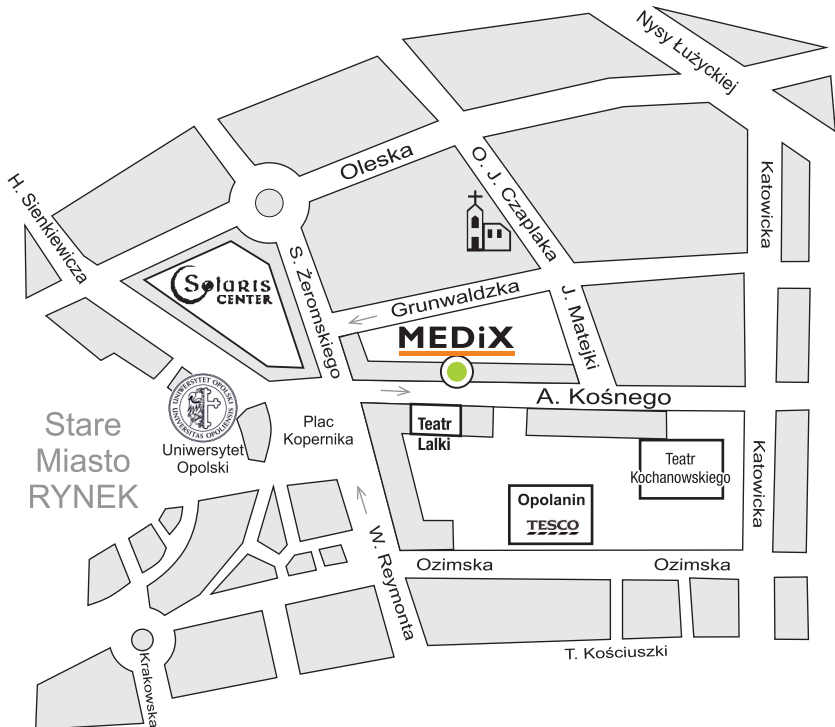


#### RODZAJ NOŚNIKA

- klisza RTG
- płyta CD
- e-mail: .....

DATA .....

PODPIS .....



– Indywidualnie dobierane dawki dla każdego pacjenta

– Każde **badanie tomograficzne** wydawane jest z oryginalną przeglądarką i pełną instrukcją obsługi programu.



Lokal klimatyzowany



Zezwalam na przeprowadzenie badania w niniejszej placówce oraz przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych przez niniejszy podmiot, niezbędnych do realizacji świadczonych usług zgodnie z przepisami prawa o ochronie danych osobowych (ustawa z dn. 10 maja 2018 r.)

podpis pacjenta / opiekuna prawnego .....