

Pracownia Radiologiczna

Radiologia Stomatologiczna Wichliński i Bieszczad s.c.
38-300 Gorlice
ul. 3 Maja 16
gorlice@radiologiawichlinscyibieszczad.pl
tel: 513 013 222
tel: 18 353 04 44

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia PESEL

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

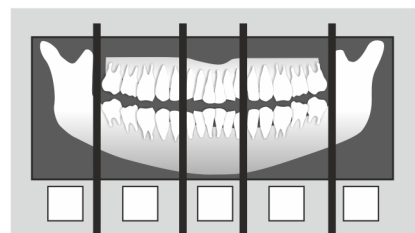
Rozpoznanie (cel badania)

☐ Punktowe zdjęcie ryg
(proszę zaznaczyć ząb)

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

☐ Zdjęcie ortopantomograficzne (panorama)
w projekcji 2D

☐ Segment zdjęcia ortopantomograficznego
(proszę zaznaczyć jeden lub więcej segmentów)



☐ Badanie 3D (CBCT)
(proszę wypełnić diagram na drugiej stronie)

Badanie zapisać na:

☐ Na płycie CD ☐ Przesłać pocztą elektroniczną na adres
(nie dotyczy tomografii)

.....
uwagi

.....
tel. kontaktowy do lekarza kier.

.....
data, pieczętka, podpis lekarza

5 cm x 5 cm

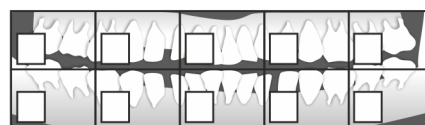


**Tomografia
najwyższej precyzji
i najniższej dawki**

- ☐ endodoncja
- ☐ pojedyncze implanty
- ☐ zęby zatrzymane
- ☐ przypadki wymagające maksym. redukcji dawki

Endo HD

uniwersalne



*Proszę zaznaczyć obszar

8 cm x 9 cm



**Tomografia
średniego pola
obrazowania
(szczeka i żuchwa)**

- ☐ implantologia
- ☐ zęby zatrzymane wielokrotnie

8 cm x 5 cm



**Tomografia
średniego pola
obrazowania
(szczeka lub żuchwa)**

- ☐ implantologia
- ☐ zęby zatrzymane wielokrotnie

szczeka

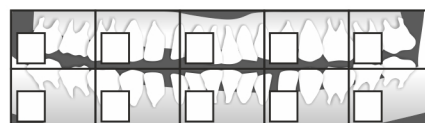
żuchwa

4 cm x 4 cm



Tryb pediatryczny

- ☐ endodoncja
- ☐ dzieci
- ☐ planowanie implantów



*Proszę zaznaczyć obszar

8 cm x 9 cm



**Tomografia
średniego pola
obrazowania**

- ☐ Zatok oboczne nosa
- ☐ SSŻ

zatoki

SSŻ

L

P

Uwagi lekarza:

.....

.....

.....

.....