

SKIEROWANIE

DO PRACOWNI RADIOLOGICZNEJ

Imię i Nazwisko pacjenta:

Proszę o wykonanie zdjęcia:

Ortopantomograficznego:

- Powiększenie 1,3 x
- Powiększenie 1,6 x

Cefalometrycznego:

- Boczno
- Przedniego
- Zdjęcia dłoni

Tomografii komputerowej:

- wycinkowej (4x4) odcinka:
- szczęki i żuchwy (8x8)

Diagnostyka stawów skroniowo-żuchwowych:

- Zdjęcie rtg stawów (prawy i lewy)
- Tomografia komputerowa stawu prawego
- Tomografia komputerowa stawu lewego

Diagnostyka zatok szczękowych:

- Zdjęcie rtg zatok okolica przednia
- Zdjęcie rtg zatok okolica tylna
- Tomografia komputerowa zatok

Zdjęcie w formie cyfrowej proszę przesłać:

pocztą na adres:

drogą elektroniczną na adres:

Pieczęć gabinetu