



SKIEROWANIE

NA BADANIE RTG

imię i nazwisko

PESEL/data urodzenia

Badania wykonujemy bez zapisów!

Zdjęcia cyfrowe 2D

- Pantomogram
- Cefalometria
 - boczne
 - frontalne (AP)
 - frontalne (PA)
 - skośne
 - szczękowo-czołowe
- Komplet ortodontyczny
(pantomogram + zdjęcie cefalometryczne)
- RTG stawów skroniowo-żuchwowych
 - w zwarcium
 - w rozwarcium
- RTG w laryngologii
 - projekcja Watersa
 - projekcja boczna prawa
 - projekcja boczna lewa
 - AP
 - PA

Tomografia stożkowa CBCT

- Zęba lub wycinka łuku zębowego:
.....
- Szczęki
- Żuchwy
- Szczęki + żuchwy
- Stawów skroniowo-żuchwowych
 - w zwarcium
 - w rozwarcium
- Zatok przynosowych
- Ucha środkowego
 - lewego
 - prawego
- Obrotnika

Opis

Wszystkie badania wydawane są na płycie CD lub DVD.

CEL BADANIA:

.....

.....

e-mail do lekarza kierującego:

..... data pieczętka i podpis lekarza kierującego

proszę o dostarczenie nowego bloczka skierowań (adres z pieczętki)
Wyrażam zgodę na wykonanie badania z użyciem promieniowania jonizującego.
W przypadku kobiet - oświadczam że nie jestem w ciąży.

..... data podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Zgodnie z rozporządzeniem Min. Zdrowia z dn. 25.08.2005r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego (Dz. U. Nr 194 poz. 1625z późn. zmianami) **dzieci i młodzież do lat 16 przyjmowane są pod opieką dorosłych.**



RTG MAZOWIECKA

radiologia stomatologiczna i laryngologiczna

Badania wykonujemy na sprzęcie klasy światowej
CS 9600 Carestream Dental,
emitującym minimalną dawkę promieniowania.



RTG MAZOWIECKA
Białystok, ul. Mazowiecka 48 lok. U2
tel. 699 677 008
godziny otwarcia:
poniedziałek - piątek: 8.00 - 20.00
sobota: 9.00 - 15.00
www.rtg.bialystok.pl