

SKIEROWANIE

Stomatologiczna diagnostyka RTG



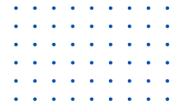
.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
data urodzenia

PESEL

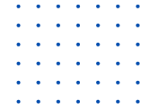
Zdjęcie 2D

- pantomograficzne
- pediatryczne (dziecko)
- stawów skroniowo-żuchwowych zwarcie zwarcie + rozwarcie
- skrzydłowo-zgryzowe
- punktowe



Zdjęcie 3D

- ENDO HD 5x5 cm
- celowane 5x5 cm
- pediatryczne (dziecko) 4x4 cm
- pojedynczy łuk zębowy 8x5 cm szczęka żuchwa
- szczęka i żuchwa 8x9 cm



Uwagi / cel badania:

.....
.....

.....
data

.....
pieczętka / podpis
lekarza kierującego

PERIO-DENS sp. z o.o.
ul. Słowiańska 14a (Wzgórze Wolności)
85-163 Bydgoszcz
tel. 607 07 06 02

czynne: pn-pt: 9-19