



RENTGEN

diagnostyka obrazowa

KÓRNIKA

SKIEROWANIE NA BADANIE RTG

.....
imię

.....
nazwisko

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

PESEL

ANALOGOWE 2D (klisza)

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

CYFROWE 2D

- ☐ pantomograficzne
☐ cefalometryczne (tele)
☐ boczne ☐ PA/AP
☐ SSŻ
☐ boczne ☐ PA/AP

☐ wydruk

☐ DVD ☐ pendrive

☐ @ e-mail.....

Wyrażam zgodę na wykonanie badania RTG

.....
data

.....
podpis

**Oświadczam, że w dniu badania RTG
nie jestem w ciąży**

.....
data

.....
podpis

data, pieczęć, podpis kierującego

☐ **Proszę o przestanie druków skierowań**

Kórnicka 24, 61-141 Poznań;
Poniedziałek - piątek: 8:00 - 18:00;
kontakt@rtg-kornicka.pl
tel. 61 872 04 67

BADANIE TOMOGRAFICZNE 3D (CBCT)

WYNIK BADANIA NA

☐ DVD ☐ pendrive ☐ poczta e-mail @:.....

CEL BADANIA

☐ stomatologia i protetyka ☐ implantologia ☐ ortodoncja ☐ endodoncja ☐ chirurgia

Badany obszar

Pole obrazowania

1 ☐ Tomografia zęba
(tryb ENDO (5x5))



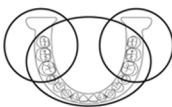
zęb

2 ☐ Tomografia zębów



zęby

3 ☐ Tomografia - tryb łączony



☐ szczęka ☐ żuchwa ☐ szczęka i żuchwa

4 ☐ Tomografia SSŻ

☐ P ☐ L ☐ P i L

Uwagi lekarza:



Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych medycznych za pośrednictwem poczty elektronicznej.

.....
podpis

.....
data