



pieczęć podmiotu zlecającego



rtg-stomatologiczne.pl

ul. Wojciechowskiego 9, 71-476 Szczecin

tel. 796 88 99 88

## SKIEROWANIE Z DNIA .....

na wykonanie zdjęcia RTG

.....  
imię i nazwisko pacjenta

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

pesel / w przypadku obcokrajowca numer paszportu

.....  
cel badania / podejrzenie kliniczne / istotne informacje (np. urazy w obrębie głowy)

### ZDJĘCIE 2D

ZDJĘCIE PUNKTOWE ZĘBA .....

ZDJĘCIE PANTOMOGRAFICZNE

ZDJĘCIE CEFALOMETRYCZNE

### ZDJĘCIE 3D (NOWOŚĆ: pole obrazowania do 9cm x 14cm)

TOMOGRAFIA CBCT - CAŁOŚCIOWA (szczęki, żuchwy i zatoki szczękowych)

TOMOGRAFIA CBCT - WYCINKOWA - proszę zaznaczyć kółkiem obszar obrazowania

Proszę określić cel wykonywanego zdjęcia:

(rozdzielczość wpływa na dawkę promieniowania podczas obrazowania)

ZDJĘCIE POGLĄDOWE,  
DIAGNOSTYKA ORTODONTYCZNA



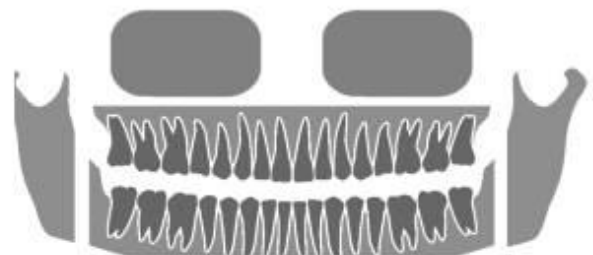
PLANOWANIE IMPLANTÓW,  
DIAGNOSTYKA LARYNGOLÓGICZNA



DIAGNOSTYKA PERIODONTOLOGICZNA



DIAGNOSTYKA ENDODONTYCZNA  
(pole obrazowania 5cm x 5cm)



### FORMA PRZEKAZANIA ZDJĘCIA:

E-MAIL (tylko zdjęcie 2D) - adres e-mail lekarza .....

CHMURA INTERNETOWA (dotyczy podmiotów współpracujących)

PŁYTA CD

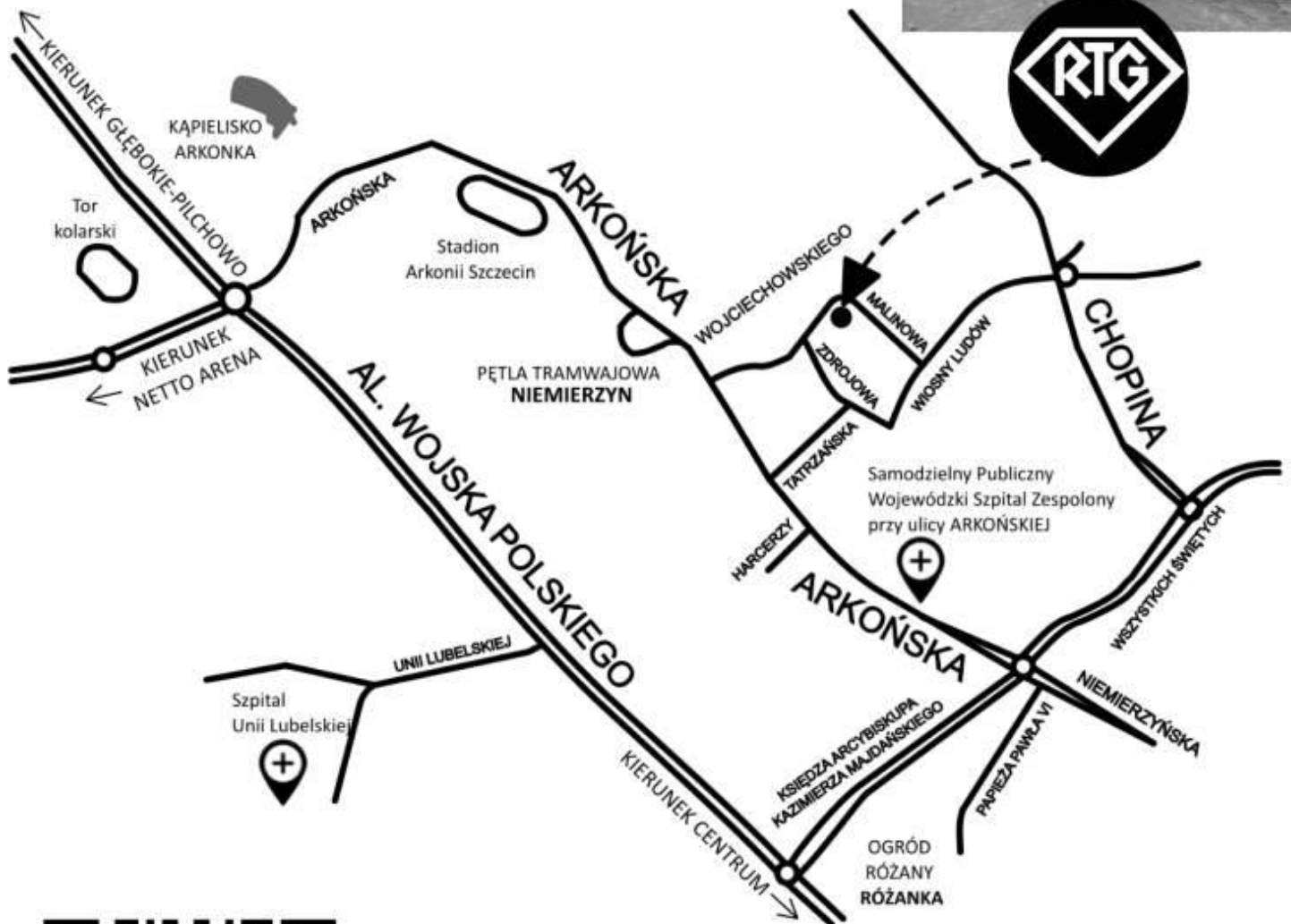
.....  
nr tel. kontaktowego do lekarza kierującego

.....  
pieczęć i podpis lekarza



## ZAPRASZAMY DO PRACOWNI RENTGENOWSKIEJ W SZCZECINIE PRZY UL. WOJCIECHOWSKIEGO 9

(WJAZD OD ULICY ARKOŃSKIEJ  
LUB OD ULICY CHOPINA)



ul. Wojciechowskiego 9  
71-476 Szczecin

**tel. 796 88 99 88**

**rejestracja@rtg-stomatologiczne.pl**