

Pieczętka gabinetu
kierującego :

PRYWATNA PRZYCHODNIA DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ

Uni-Rentgen ®

Prof. zw. dr hab. n. med. T. Katarzyna Różyło Sp. J.

ul. Solarza 1 (Czechów)
20-815 LUBLIN
TEL. 81 741 77 78

E-mail: info@uni-rentgen.pl
<http://uni-rentgen.pl>

ul. Głęboka 10, lok.24
20-612 LUBLIN
TEL. 81 524 53 01

Skierowanie na wykonanie badania CBCT z dn.....

Imię i nazwisko pacjenta..... Tel.....

Data urodzenia..... PESEL.....

Rozpoznanie wstępne.....

Zakres badania (proszę zaznaczyć) :

Okolica Ząb/zęby nr

- ☐ mała objętość – kilka sąsiednich zębów 4x4; 5x5; 6x6; 5x8
- ☐ średnia objętość - (szczeka lub żuchwa) 10x5; 8x5; 12x5
- ☐ średnia objętość - (szczeka i żuchwa) 8x8; 10x10
- ☐ średnia objętość - tylko SSŻ 6x6; 8x8; 16x6
- ☐ duża objętość – 12x10; 16x10; 16x12; 16x17 – tylko przy ul. Głębokiej

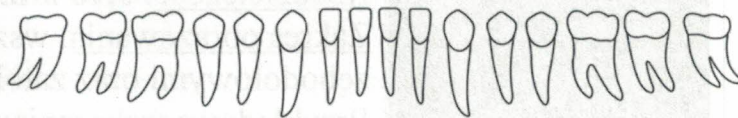
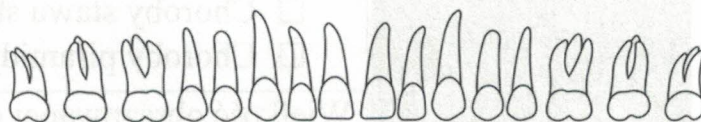
Główny cel badania:

☐ Planowanie implantologiczne

☐ wyznaczenie kanału żuchwy

☐ wykonanie pomiarów (region)

☐ wirtualne planowanie zabiegu (liczba implantów, stosowany system)



☐ Leczenie ortodontyczne.....

☐ Stawy skroniowo-żuchwowe (w zwarcu nawykowym lub konstrukcyjnym).....

☐ Zatoki oboczne nosa

☐ Inne.....

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania **Podpis i pieczętka lekarza kierującego**

.....