

## SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFICZNE 3D

Imię i Nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

Rozpoznanie (cel badania) \_\_\_\_\_

## SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFICZNE 3D

Imię i Nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

Rozpoznanie (cel badania) \_\_\_\_\_

### BADANIE WYKONANE APARATEM KODAK 9000

Rodzaj badania		Zastosowanie
Tomografia najwyższej precyzji i najniższej dawki obejmuje grupę zębów jak na diagramie	<p>5 cm x 4 cm; 90 µm</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endodoncja,</li> <li>• Pojedyncze wszczepy implantologiczne,</li> <li>• Zęby zatrzymane,</li> <li>• Przypadki wymagające maksymalnej redukcji dawki</li> </ul>

#### Wynik badania przekazany na płycie CD

Proszę opisać i zaznaczyć na diagramie grupę 3-4 zębów, które mają być objęte badaniem.

**Uwagi lekarza:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Podpis lekarza kierującego, telefon \_\_\_\_\_

### BADANIE WYKONANE APARATEM KODAK 9000

Rodzaj badania		Zastosowanie
Tomografia najwyższej precyzji i najniższej dawki obejmuje grupę zębów jak na diagramie	<p>5 cm x 4 cm; 90 µm</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endodoncja,</li> <li>• Pojedyncze wszczepy implantologiczne,</li> <li>• Zęby zatrzymane,</li> <li>• Przypadki wymagające maksymalnej redukcji dawki</li> </ul>

#### Wynik badania przekazany na płycie CD

Proszę opisać i zaznaczyć na diagramie grupę 3-4 zębów, które mają być objęte badaniem.

**Uwagi lekarza:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Podpis lekarza kierującego, telefon \_\_\_\_\_