



STOMATOLOGIA
www.bsdent.pl

SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFICZNE CBCT



Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia: PESEL

Rozpoznanie (cel badania):

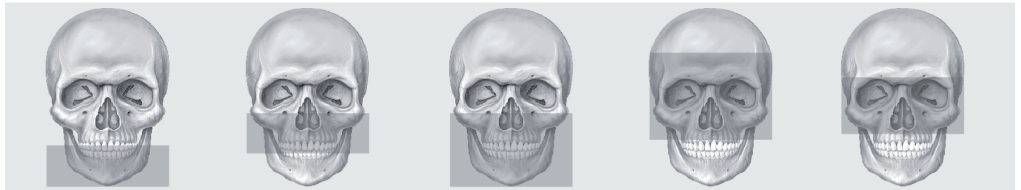
Przeznaczenie badania:



☐ Endodoncja ☐ Chirurgia ☐ Stom. zach. i protetyka ☐ Implantologia ☐ Ortodoncja ☐ Laryngologia ☐ Inne

Rodzaj badania	Pole obrazowania i rozdzielczość	Zastosowanie	Przykładowe zdjęcia
Tomografia najwyższej precyzji ☐ i najniższej dawki	5 cm x 5 cm; 90 µm (zaznacz pole) ☐  5 cm x 5 cm; 200 µm (skan szybki) ☐	- Endodoncja - Pojedyncze wszczepy implantologiczne - Zęby zatrzymane, 8-mki - Przypadki wymagające maks. redukcji dawki - Ortodoncja	5 x 5   
Tomografia średniego pola ☐ obrazowania	10 cm x 10 cm; 180 µm (szczeka i żuchwa wraz z gałęziami) ☐ 8 cm x 8 cm; 200 µm (szczeka i żuchwa) ☐ 10 cm x 5 cm; 180 µm (szczeka lub żuchwa) ☐ ☐	- Ortodoncja - Implantologia - Zęby zatrzymane - wielokrotne - Analiza przebiegu nerwu żuchwowego	10 x 10 8 x 8 10 x 5         
Tomografia stawów skroniowo-żuchwowych ☐	8 cm x 8 cm; 200 µm (jeden staw prawy lub lewy) ☐	Diagnostyka stawów skroniowo-żuchwowych	8 x 8 T/MJx2   
Tomografia szczęki i żuchwy, laryngologiczna zatok ☐	10 cm x 10 cm; 180 µm ☐	- Ortodoncja - Implantologia - Analiza zatok	10 x 10   

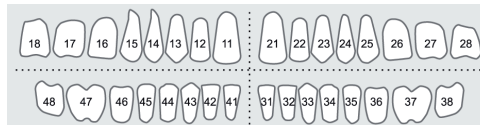
Obszar obrazowania:



☐ żuchwa ☐ szczeka ☐ żuchwa i szczeka ☐ zatoki ☐ staw skr.-żuchwowe* otwarte / zamknięte Prawy lub Lewy Prawy i Lewy (osobno) *zaznacz rodzaj badania

Cel obrazowania:

(zaznacz zęby które chcesz uwidocznić w badaniu 3D)



Płyta CD z wynikiem badania zawiera oprogramowanie pozwalające na odczyt badania tomograficznego w standardach DICOM 3.0 oraz do wizualizacji 3D (renderingu).

Uwagi

Pieczętka i telefon jednostki kierującej

Data, pieczętka, podpis lekarza kierującego



STOMATOLOGIA

SKIEROWANIE NA BADANIE RTG

STOMATOLOGIA B&S-DENT

62-510 Konin, ul. Chopina 23a

tel. 63 244 90 90, 531 664 030

www.bsdent.pl, e-mail: bsdent@vp.pl

czynne w godz. 9⁰⁰-18⁰⁰

obowiązuje rejestracja telefoniczna

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia: PESEL

Rozpoznanie (cel badania):

☐ Punktowe zdjęcie rtg

(Zaznacz ząb/zęby)

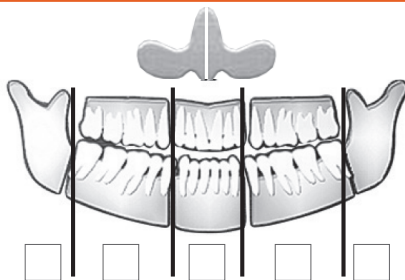
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

☐ Zdjęcie RTG panoramiczne w projekcji 2D

☐ Zdjęcie stawu skroniowo-żuchwowego

☐ Segment panoramy (zaznacz odpow. kwadrat)

☐ Zdjęcie zatok szczękowych



Zdjęcie cefalometryczne

(proszę zaznaczyć właściwy rodzaj badania oraz format)

☐ Projekcja LA - boczna

☐ PA

☐ AP



☐ 30x30 cm



☐ 24x30 cm



☐ 24x24 cm



☐ 18x24 cm



☐ 18x18 cm

Badanie zapisać na: ☐ Płyta CD ☐ e-mail (format.jpg):
(Nie dotyczy tomografii)

Ciąża jest przeciwwskazaniem do wykonania badań radiologicznych przy użyciu promieni rtg.

Najbardziej bezpiecznym okresem na wykonanie badania rtg u kobiet w okresie rozrodczym jest pierwszy 10 dni od początku miesiączki.

.....
Będąc poinformowanym o rodzaju badania i możliwych działaniach szkodliwych wyrażam zgodę na badanie (podpis pacjenta / opiekuna)

.....
Pieczętka i telefon jednostki kierującej

.....
Data, pieczętka, podpis lekarza kierującego

**Aby wypełnić parametry badania tomograficznego
proszę skorzystać z drugiej strony skierowania**

