



STOMATOLOGIA
www.bsdent.pl

SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFICZNE CBCT



Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia: PESEL

Rozpoznanie (cel badania):

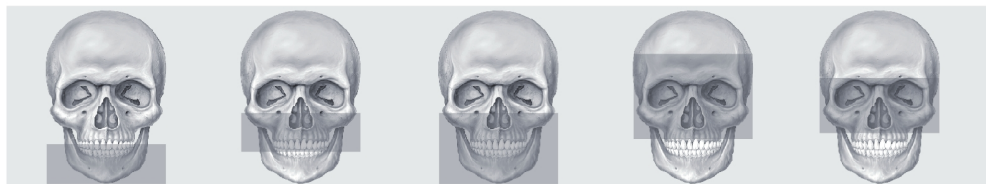
Przeznaczenie badania:



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

Rodzaj badania	Pole obrazowania i rozdzielczość	Zastosowanie	Przykładowe zdjęcia			
Tomografia najwyższej precyzji ☐	5 cm x 5 cm; 90 μm (zaznacz pole) ☐	• Endodoncja • Pojedyncze wszczepy implantologiczne • Zęby zatrzymane, 8-mki • Przypadki wymagające maks. redukcji dawki • Ortodoncja	5 x 5			
i najniższej dawki	5 cm x 5 cm; 200 μm (skan szybki) ☐					
Tomografia średniego pola ☐	10 cm x 10 cm; 180 μm (szczeka i żuchwa wraz z gałęziami) ☐	• Ortodoncja • Implantologia • Zęby zatrzymane - wielokrotne • Analiza przebiegu nerwu żuchwowego	10 x 10			
obrazowania	8 cm x 8 cm; 200 μm (szczeka i żuchwa) ☐		8 x 8			
	10 cm x 5 cm; 180 μm (Szczeka lub Żuchwa) ☐		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 TMJ2			
Tomografia szczęki i żuchwy, laryngologiczna zatok ☐	10 cm x 10 cm; 180 μm ☐	• Ortodoncja • Implantologia • Analiza zatok	10 x 10			

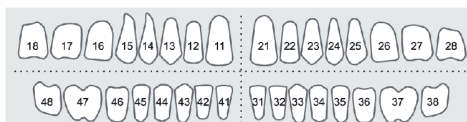
Obszar obrazowania:



☐ 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 (rendering).

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)

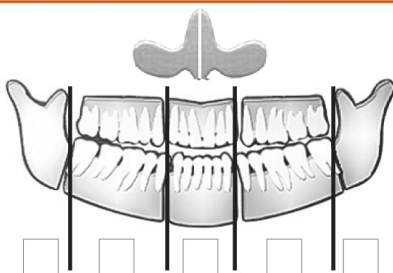
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

☐ 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

