

STOMATOLOGIA - TOMOGRAFIA CBCT - SKIEROWANIE

IMIĘ I NAZWISKO: _____

PESEL □□□□□□□□□□

ROZPOZNANIE: _____

| Rodzaj badania | Pole obrazowania i rozdzielczość | Przykładowe zdjęcia | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-------|--|--|--|-------|--|--|--|-------|--|--|--|-------|--|--|--|
| <p>WYCINEK</p> <p><input type="checkbox"/> Tomografia punktowa</p> <p><input type="checkbox"/> CS MAR tłumienie artefaktów metalowych</p> | <p><input type="checkbox"/> 4 cm x 4 cm <input type="checkbox"/> 75 μm</p> <p><input type="checkbox"/> 5 cm x 5 cm <input type="checkbox"/> 150 μm</p> <p><input type="checkbox"/> 6 cm x 6 cm <input type="checkbox"/> 300 μm</p> <p><input type="checkbox"/> 5 cm x 8 cm</p> <p>Proszę zaznaczyć zęba/zęby</p> <p><u>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</u></p> <p><u>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Endodoncja • Pojedyncze wszczepy implantologiczne • Zęby zatrzymane • Przypadki wymagające maksymalnej redukcji dawki | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td>4 x 4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 x 5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 x 6</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 x 8</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 4 x 4 | | | | 5 x 5 | | | | 6 x 6 | | | | 5 x 8 | | | |
| 4 x 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 x 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 x 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 x 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|-------|--|--|--|--------|--|--|--|--------|--|--|--|-------|--|--|--|---------|--|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> Tomografia średniego pola obrazowania</p> <p><input type="checkbox"/> CS MAR tłumienie artefaktów metalowych</p> | <p>8 cm x 5 cm szczeka lub żuchwa</p> <p><input type="checkbox"/> szczeka <input type="checkbox"/> żuchwa</p> <p>10 cm x 5 cm szczeka lub żuchwa z gałęziami</p> <p><input type="checkbox"/> szczeka <input type="checkbox"/> żuchwa</p> <p>12 cm x 5 cm szczeka lub żuchwa z gałęziami</p> <p><input type="checkbox"/> szczeka <input type="checkbox"/> żuchwa</p> <p><input type="checkbox"/> 8 cm x 8 cm szczeka i żuchwa</p> <p><input type="checkbox"/> 10 cm x 10 cm szczeka i żuchwa</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Implantologia • Zęby zatrzymane wielokrotnie • Chirurgia szczękowa • Urazy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td>8 x 5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10 x 5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 x 5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 x 8</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10 x 10</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 8 x 5 | | | | 10 x 5 | | | | 12 x 5 | | | | 8 x 8 | | | | 10 x 10 | | | |
| 8 x 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 x 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 x 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 x 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 x 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---------|--|--|--|---------|--|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> Tomografia dużego pola obrazowania</p> <p><input type="checkbox"/> CS MAR tłumienie artefaktów metalowych</p> | <p><input type="checkbox"/> 12 cm x 10 cm</p> <p><input type="checkbox"/> 16 cm x 10 cm</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ortodoncja • Rozległe zabiegi chirurgiczne • Chirurgia ortognatyczna • Implantologia | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td>12 x 10</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>16 x 10</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 12 x 10 | | | | 16 x 10 | | | |
| 12 x 10 | | | | | | | | | | |
| 16 x 10 | | | | | | | | | | |

UWAGI

Data, podpis, pieczęć, nr telefonu Lekarza
