PROSZĘ O WYPEŁNIENIE PARAMETRÓW BADANIA RTG STOMATOLOGICZNEGO

Imię i nazwisko pacjenta .....

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

Rozpoznanie (cel badania) .....

STUDIO STOMATOLOGII ESTETYCZNEJ

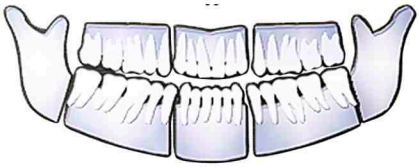
ul. Batorego 6/2, 31-135 Kraków, tel.: 12 633 20 38

www.studiose.med.pl ; email: rtg@studiose.med.pl

☐ Zdjęcie RTG panoramiczne w projekcji 2D

☐ Zdjęcie ssż.

☐ Segment panoramy



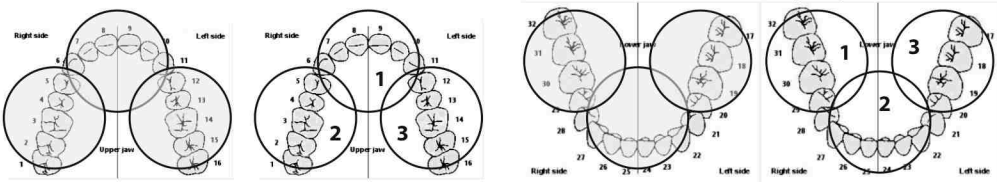
Zdjęcie rtg cefalomertyczne:

(proszę zaznaczyć właściwy rodzaj badania i pożądany format)

☐ Projekcja LA - boczna ☐ PA ☐ AP ☐ Skośna ☐ Submento-vertex ☐ Dłoń

Stomatologiczne badanie tomograficzne 3D*

☐ Skan łączony szczęki ☐ Skan fragmentaryczny szczęki wysokiej rozdzielczości ☐ Skan łączony żuchwy ☐ Skan fragmentaryczny żuchwy wysokiej rozdzielczości



*Proszę zaznaczyć właściwy obszar badania – w przypadku skanów fragmentarycznych prosimy o zaznaczenie jednego z obszarów 1, 2 lub 3 a także zębów, których skan ma dotyczyć (przed wypełnieniem proszę o zapoznanie się z wytycznymi na ostatniej stronie skierowania)

PROSZĘ O WYBÓR PORZĄDANEJ ROZDZIELCZOŚCI BADANIA 3D ☐ 76 µm ☐ 100 µm ☐ 200 µm

(przed wypełnieniem proszę o zapoznanie się z wytycznymi na ostatniej stronie skierowania)

Wynik badania

☐ Na płycie CD ☐ Wydruk na folii ☐ Wysyłka pocztą elektroniczną na adres .....

Płyta CD z wynikiem badania zawiera oprogramowanie pozwalające na odczyt badania tomograficznego w standardach DICOM 3.0 oraz do wizualizacji 3D (renderingu). Lekarz kierujący na badanie CT otrzymuje narzędzie do pełnej analizy skanu. Zgodność z zewnętrznym oprogramowaniem do nawigacji: Simplant, Nobel Guide, EasyGuide; do nawigacjichirurgicznej: DenX IGI, Stryker lub nawigacji ortodontycznej - SureSmile.

..... uwagi

..... data, pieczątka, podpis lekarza