

PIECZĄTKA GABINETU:

SKIEROWANIE

• WAŻNE Z DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI • OBOWIĄZUJE REJESTRACJA TELEFONICZNA

Pan / Pani

PESEL

Tel.

Przeznaczenie badania

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> stomatologia ogólna | <input type="checkbox"/> protetyka | <input type="checkbox"/> laryngologia |
| <input type="checkbox"/> ortodoncja | <input type="checkbox"/> chirurgia szczękowa | <input type="checkbox"/> ocena dróg oddechowych |
| <input type="checkbox"/> implantologia | <input type="checkbox"/> endodoncja, periodontologia | |

Rozpoznanie:

.....

Tomografia CBCT 3D w wersji: VISION IN VIVO DICOM 3.0 (zaznaczyć)



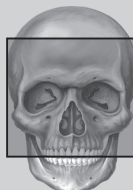
szczęka i zatoki szczękowe



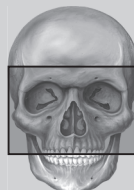
żuchwa



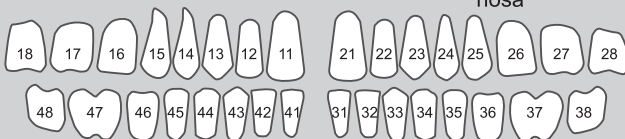
szczęka i żuchwa



zatoki oboczne nosa



st. skr.-żuchwowe otwarte/zamknięte



Badanie zinterpretuję osobiście

Proszę o opis radiologa

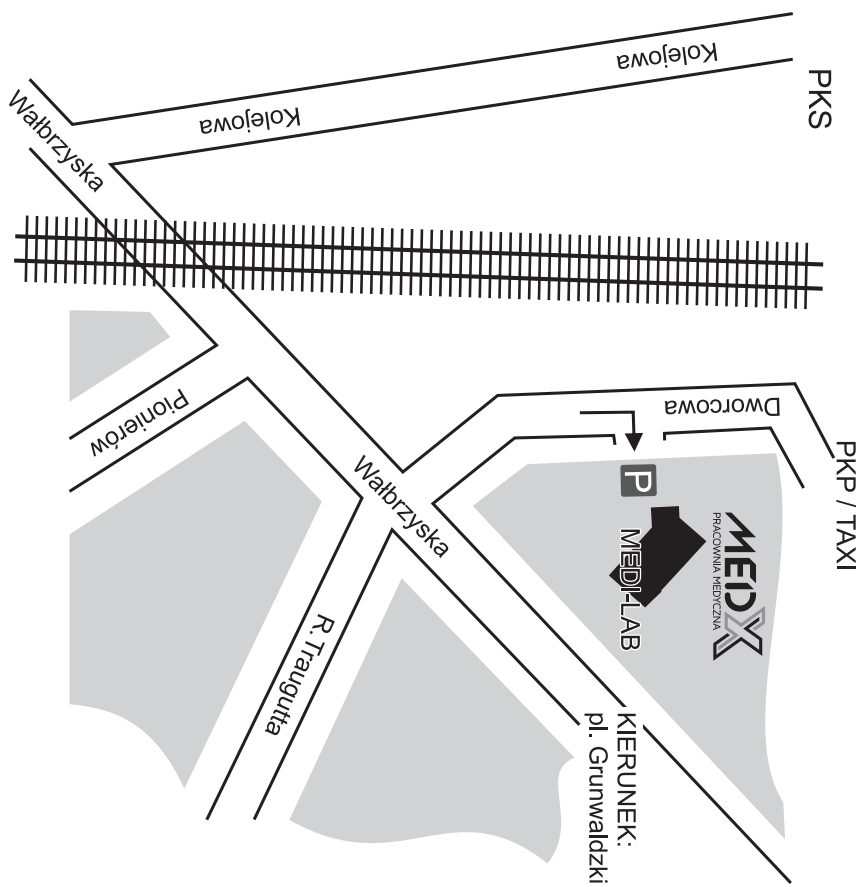
Badanie nie będzie wykonane bez podpisu lekarza kierującego

Oświadczam, że nie jestem w ciąży (dotyczy kobiet)

Wyrażam zgodę na badanie rentgenowskie

DATA I PODPIS LEKARZA:

DATA, CZYTELNY PODPIS PACJENTA



**Rentgen
ogólnodiagnostyczny**



Rentgen stomatologiczny



Tomografia CBCT 3D
zatoki, szczęka, żuchwa,
st. skroniowo-żuchwowe



Zdjęcia pomiarowe
cały kręgosłup, całe kończyny



Fototerapia UVB 311 nm (TL01)
fuszczyca, bielactwo,
atopowe zapalenie skóry, inne



Badania USG
USG Doppler



Dermatolog
Angiolog



EMG



Wyniki badań w internecie
www.emedx.pl

tel. 74 851 27 87

e-mail: kontakt@medx.pl

www.medx.pl