

imię i nazwisko..... PESEL.....
cel, rozpoznanie.....

Cyfrowe zdjęcia rtg:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pantomogram | <input type="checkbox"/> zdj. stawów skroniowo-żuchwowych |
| <input type="checkbox"/> zdj. cefalometryczne | <input type="checkbox"/> zdjęcie skrzydłowo-zgryzowe |
| <input type="checkbox"/> zdjęcie techniką kata prostego - ząb nr..... | <input type="checkbox"/> zdjęcie zgryzowe |
| <input type="checkbox"/> zdjęcie zatok | <input type="checkbox"/> tomografia komputerowa 3D |
| <input type="checkbox"/> zdjęcie nadgarstka P/L | |
| <input type="checkbox"/> opis zdjęcia | na drugiej stronie |

Zapis zdjęcia RTG:

- e-mail lekarza kierującego.....
 na CD
 wydruk na papierze fotograficznym

....., dn.

.....

Podpis + pieczęć lekarza

- Proszę o dostarczenie nowego bloczka skierowań (adres z pieczętki)

Zgodnie z rozporządzeniem Min. Zdrowia z dn. 25.08.2005r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego (Dz. U. Nr 194 poz. 1625 z późn. zmianami) **dzieci i młodzież do lat 16 przyjmowane są pod opieką dorosłych.**

W przypadku kobiet – oświadczam, że nie jestem w ciąży. Wyrażam zgodę na wykonanie badania z użyciem promieniowania jonizującego.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta