

Imię i nazwisko pacjenta

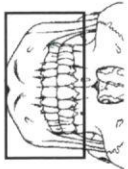
Data urodzenia

Rozpoznanie (cel badania)

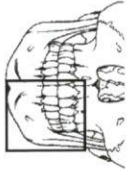
Celem wykonania właściwego badania prosimy szczegółowo wypełnić wskazówki zawarte poniżej.

1) zdjęcie pantomograficzne

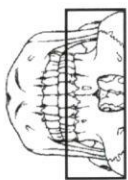
- obszar badania



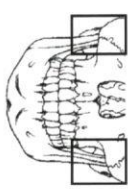
pełne
uzębienie



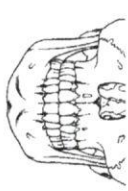
pół panorama
P lub L



zatoki



stawy
skroniowo
zuchwowe



inne
(proszę zaznaczyć
obszar badania)

uwagi

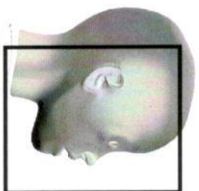
.....

2) zdjęcie cefalometryczne

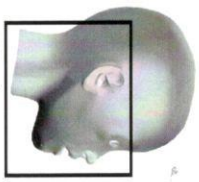
- obszar badania



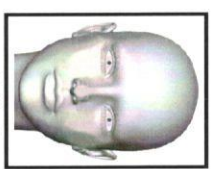
profil (22x24 cm)



profil pionowy
(22x18 cm)



profil pionowy
(22x18 cm)



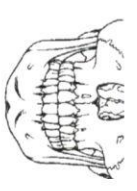
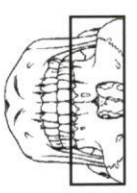
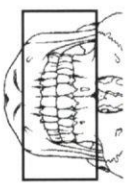
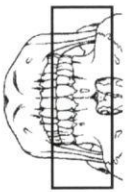
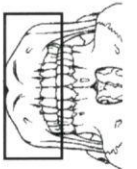
projekcja
przenio-tylna

uwagi

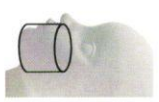
.....

3) badanie tomograficzne 3D

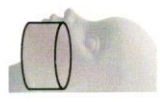
- obszar badania



Pole widzenia



61mm x 41mm
(wysokość) (szerokość)
Możliwość uchwycenia 3-4 zębów



61mm x 78mm
(wysokość) (szerokość)
Możliwość uchwycenia całego
górnego lub dolnego łuku

Rozdzielczość

Rozdzielczość

Standardowa	Wysoka	Bardzo wysoka	Niska	Standardowa	Wysoka
0,20 mm woksela	0,10 mm woksela	0,085 mm woksela	0,33 mm woksela	0,30 mm woksela	0,20 mm woksela
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi (dokładnie proszę opisać interesujący obszar badania np. ząb 11)

.....

sposób zapisu badania CD e-mail

proszę wpisać adres e-mail

data podpis i pieczętka lekarza

PROSIMY PACJENTÓW O WCZEŚNIEJSZY KONTAKT TELEFONICZNY,
tel. (17) 853 40 33, kom: 602-383-911