

## SKIEROWANIE DO PRACOWNI RTG

F19-RTG

Właściciel dokumentu: Inspektor Ochrony Radiologicznej

Data wprowadzenia dokumentu: 15.12.2015

Aktualizacja dokumentu: 01.03.2016

Edycja 4

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA .....

PESEL ..... DATA SKIEROWANIA .....

UZASADNIENIE BADANIA/ ROZPOZNANIE .....

Wewnątrzustne (zębowe)																									
8 7 6 5 4 3 2 1								1 2 3 4 5 6 7 8								V IV III II I					I II III IV V				
8 7 6 5 4 3 2 1								1 2 3 4 5 6 7 8								V IV III II I					I II III IV V				
<input type="checkbox"/>	Skrzydłowo-zgryzowe z. bocznych							<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	L							<input type="checkbox"/>	Dydaktyka						
<input type="checkbox"/>	Zgryzowe			<input type="checkbox"/>	szczęki				<input type="checkbox"/>	żuchwy				<input type="checkbox"/>	Stomatologia Zachowawcza i Perio										
<input type="checkbox"/>	Pantomograficzne															<input type="checkbox"/>	Stomatologia Dziecięca								
<input type="checkbox"/>	Pantomograficzne zębowe															<input type="checkbox"/>	Rehabilitacja n. żucia								
<input type="checkbox"/>	Cefalometryczne															<input type="checkbox"/>	Ortodoncja								
<input type="checkbox"/>	Stawów skr-żuchw:															<input type="checkbox"/>	Chirurgia								
<input type="checkbox"/>	Tomografia spiralna wyrostka zębodołowego															<input type="checkbox"/>	Protetyka								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	szczęki			<input type="checkbox"/>	Grubość warstwy				<input type="checkbox"/>	2 mm				<input type="checkbox"/>	Błony śluzowe									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	żuchwy			<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	4 mm				<input type="checkbox"/>	Biomateriały									
<input type="checkbox"/>	Tomografia spiralna stawów skr.-żuchw.							<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	L							<input type="checkbox"/>	Świadczenia odpłatne						
<input type="checkbox"/>	Skanogram			<input type="checkbox"/>	Skanogram stereo				Lekarz kierujący (pieczętka i podpis)																
<input type="checkbox"/>	Inne wg opisu .....																								