



Skierowanie do Pracowni Diagnostyki Obrazowej UKS

31-155 Kraków, ul. Montelupich 4

tel. 12 424 54 52

PRACOWNIA CZYNNNA PN-PT 8.00-19.30

Data:

.....
Jednostka kierująca

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

PROSZĘ O BADANIE RTG*:

*właściwe zaznaczyć X

OKOLICA ZĘBÓW:

<input type="checkbox"/>	5-001	Rentgenodiagnostyka - zdjęcie wewnątrzustne cyfrowe na CD
<input type="checkbox"/>	5-0032	Rentgenodiagnostyka cyfrowa stawów skroniowo-żuchw. na CD
<input type="checkbox"/>	5-0042	Zdjęcie zatok szczękowych cyfrowe na CD
<input type="checkbox"/>	5-006	Rentgenodiagnostyka - zdjęcie wewnątrzustne zgryzowe na CD
<input type="checkbox"/>	5-0061	Rentgenodiagnostyka - zdjęcie wewnątrzustne skrzydł-zgryzowe na CD
<input type="checkbox"/>	5-008	Radiografia cyfrowa (rvg) + zapis na płycie CD
<input type="checkbox"/>	5-0092	Zdjęcie cefalometryczne cyfrowe na płycie CD
<input type="checkbox"/>	5-011	Zdjęcie pantomograficzne cyfrowe na płycie CD
<input type="checkbox"/>	5-015	Nagranie zdjęcia cyfrowego na nośnik CD
<input type="checkbox"/>	5-201	Badanie CBCT szczęki i żuchwy na CD
<input type="checkbox"/>	5-202	Badanie CBCT stawów skroniowo-żuchwowych (czynnościowe) na CD
<input type="checkbox"/>	5-203	Badanie CBCT twarzoczaszki ("duży skan") na CD
<input type="checkbox"/>	5-204	Segmenty pantomogramu cyfrowe na płycie CD
<input type="checkbox"/>	5-205	Zdjęcie wg Towne'a cyfrowe na płycie CD
<input type="checkbox"/>	5-206	Zdjęcie wg Watersa cyfrowe na płycie CD
<input type="checkbox"/>	5-207	Micro CT- na CD
<input type="checkbox"/>	5-208	Badanie CBCT szczęki (1 łuk) - na CD
<input type="checkbox"/>	5-209	Badanie CBCT żuchwy (1 łuk) - na CD

.....
pieczętka i podpis lekarza
odbierającego oświadczenie i decydującego o wykonaniu badania

Wstępne rozpoznanie kliniczne:

Cel i uzasadnienie badania:

Oświadczenie o zgodzie na udzielenie świadczenia zdrowotnego: badanie RTG/CBCT

Otrzymałem/am pisemną informację na temat sposobu wykonania oraz ewentualnego ryzyka związanego z wykonaniem badania, z którą zapoznałem się i którą zrozumiałem/am. Oświadczam, że lekarz kierujący dodatkowo przeprowadził ze mną rozmowę, podczas której poinformował mnie wyczerpująco o zleconym badaniu diagnostycznym - sposobie jego wykonania oraz ewentualnym ryzyku. Udzieliłem/am lekarzowi informacji dotyczących mojego stanu zdrowia. Mam świadomość, że promieniowanie rtg może mieć niekorzystny wpływ na organizm ludzki.

Wyrażam zgodę**/nie wyrażam zgody** na wykonanie zleconego badania RTG/CBCT

podpis pacjenta.....

W razie konieczności wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego zamiast pacjenta (pacjenci małoletni lub ubezwłasnowolnieni) dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko: PESEL:

adres i telefon:

data i podpis przedstawiciela ustawowego:

* Zaznaczyć właściwe

** Niepotrzebne skreślić