

SKIEROWANIE

Imię i Nazwisko Pacjenta _____ PESEL _____

Proszę o wykonanie:

Badania 2 D

- pantomograficznego przeglądowego
 pantomograficznego – program pediatryczny (redukcja dawki 40 %)
 cefalometrycznego (tele – boczne)
 stawów skroniowo – żuchwowych w zwarcium i rozwarciu
 punktowego zębów: _____, skrzydłowo zgryzowego okolicy: _____
 zgryzowego okolicy: _____

Badania 3D (Tomografia komputerowa CBCT)

- szczęki i zatok szczękowych szczęki i żuchwy (pole o wys. 15 cm)
 żuchwy mikro CT (Endo CT 5x5 cm) okolicy
 stawów skroniowo – żuchwowych *
 inne wg opisu: _____

Proszę o wydanie badania:

- CD drogą elektroniczną na wskazany adres mailowy

* proszę o opis lekarza radiologa (dodatkowo płatne)

Cel Badania (CBCT)

- implantacja, ortodoncja, endodoncja, periodontologia

Rozpoznanie wstępne i dodatkowe uwagi: _____

Każde badanie tomograficzne wydawane jest wraz ze specjalistycznym oprogramowaniem możliwym do uruchomienia na komputerze klasy PC. Oprogramowanie zawiera rekonstrukcję 3D. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia Dz.U. 194. poz. 1625, u dzieci i młodzieży do lat 16 wymagana jest książeczka zdrowia.

Zostałam poinformowana, że ciąża stanowi względne przeciwwskazanie do wykonania badania RTG.

Data i podpis pacjentki

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informuje iż:

1. Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest Centrum Stomatologiczne Dental Space z siedzibą w Krakowie przy ul. Morawskiego 12/U4.
2. Inspektorem Ochrony Danych jest:
Maja Dutkiewicz, tel.: 535 810 305, email: i.od.dutkiewicz@gmail.com
3. Pani/ Pana dane osobowe przetwarzane będą:
➤ Na podst art. 6 ust. 1 lit B oraz na podst art. 9 ust. 1 lit H RODO w celu udzielenia świadczeń zdrowotnych.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych.
5. Pani/ Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat.
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
7. Podanie przez Panią/ Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na wymagania ustawowe nałożone na Administratora danych, polegające m. in. na konieczności prowadzenia dokumentacji medycznej. Odmowa podania danych może być podstawą do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego. Podanie danych jest również niezbędne do wystawienia rachunku lub faktury.