

ŽÁDANKA NA RTG VYŠETŘENÍ

Jméno a příjmení pacienta: _____

Rodné číslo: _____

POŽADOVANÉ RTG VYŠETŘENÍ

Panoramatický snímek (OPG)

CBCT vyšetření (3D RTG)

Indikace: plánovaná implantace do míst: _____ chirurgická extrakce zubu: _____

endodontické ošetření zubu: _____ jiné: _____

ZPRACOVÁNÍ

bez dalšího zpracování

s plánem implantátů systému: _____ typ implantátu: _____

ZPŮSOB PŘEDÁNÍ DAT

pacientovi na flash disku

poštou na adresu: _____

elektronicky přes úložiště dat, CBCT snímek je v objemu ca 320MB (pouze s písemným souhlasem pacienta)

Datum: _____ MUDr. _____ zdr.zařízení _____

INFORMACE PRO PACIENTY

Vyšetření trvá přibližně 15-20 minut a v případě CB/CT není hrazeno zdravotními pojišťovnami. Objednat se můžete na telefonním čísle **+420 251 625 056** nebo přes e-mail info@alfadent.cz v ordinálních hodinách:

Pondělí 9 – 17

Úterý 8 – 19

Středa 9 – 19

Čtvrtek 8 – 15

Pátek 8 – 14

Sobota a neděle dle domluvy