

ŽÁDANKA NA RENTGENOLOGICKÉ ZUBNÍ VYŠETŘENÍ

Pacient:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Požadované RTG vyšetření:

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|----------------|---|
| <input type="checkbox"/> | panoramatický snímek | | |
| <input type="checkbox"/> | CT vyšetření čelisti (CBCT) | lokality: | <input type="checkbox"/> obě čelisti vč. kloubů |
| | | | <input type="checkbox"/> horní čelist |
| | | | <input type="checkbox"/> dolní čelist |
| | | | <input type="checkbox"/> zub _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> jiné _____ |
| | | parametry FOV: | <input type="checkbox"/> 5x5 cm |
| | | | <input type="checkbox"/> 8x5 cm |
| | | | <input type="checkbox"/> 8x8 cm |
| | | | <input type="checkbox"/> 12x9 cm |

Způsob zaslání vyšetření:

- převzetí pacientem osobně (CD/DVD/flash disk/tištěná podoba)
- zaslání CD/DVD poštou _____
- zasláním na email (nelze u CT) _____ @ _____
- osobní převzetí lékařem

Ošetřující lékař:**Razítko a podpis:**

Informace pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,
vaším ošetřujícím lékařem Vám bylo doporučeno specializované vyšetření na našem pracovišti.
Žádáme Vás, abyste si před vyšetřením odložili své zubní náhrady, brýle, náušnice, řetízky a piercing
v obličeji.

Vyšetření cca. 15 minut, je bezbolestné.

Na vyšetření **není nutné se objednávat**. Můžete přijít kdykoli během naší provozní doby:

PO 9.00-12.00, 12.30 – 18.00

ÚT, ST 7.00-12.00, 12.30 – 15.00

ČT, PÁ 7.00-12.00, 12.30 – 14.00

Naše adresa i další kontakty jsou uvedeny v záhlaví této žádanky. Popis cesty a další potřebné
informace naleznete na našich webových stránkách (www.nemosambulance.cz).

Těšíme se na Vaši návštěvu.