

Žádanka na RTG vyšetření

PACIENT

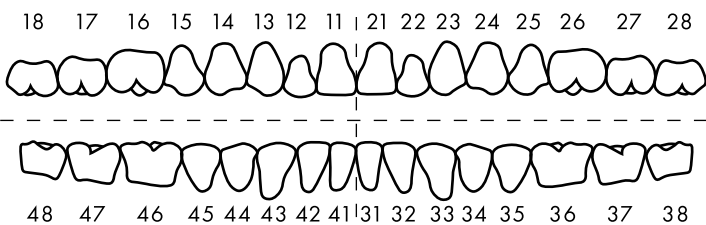
Jméno a příjmení

Rodné číslo

Cizinec

LÉKAŘ

INTRAORÁLNÍ



BITEWING

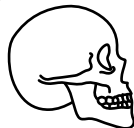
3D snímek
(nutné vyznačit lokalizaci)

EXTRAORÁLNÍ



STANDARTNÍ pan. program

DĚTSKÝ pan. program



KEFALO boční projekce



MAXILÁRNÍ SINUS



PŘEDOZADNÍ projekce

ZADOPŘEDNÍ projekce



BOČNÍ TMJ projekce

PŘEDOZADNÍ TMJ projekce



ŠÍKMÁ projekce



PRAVÁ polovina

LEVÁ polovina



AXIÁLNÍ projekce



ZÁPĚSTÍ

3D STITCHING program (3 snímky) Horní čelist

3D STITCHING program (3 snímky) Dolní čelist

CHOMUTOV

Adresa: Heydukova 463
430 01 Chomutov

Telefon: +420 474 721 228
e-mail: rtg.chomutov@zubniklinika.cz

Po-Čt: 7.30 – 19.30
Pá: 7.30 – 15.30

DENTEX RTG s.r.o.
IČ: 28673433