

# Žádanka na RTG vyšetření

## PACIENT

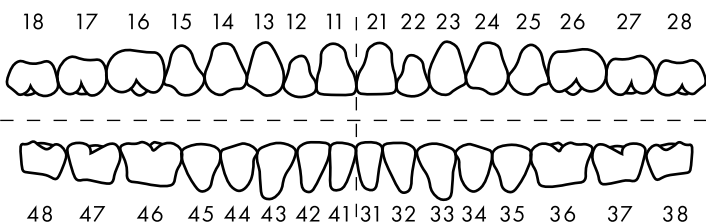
Jméno a příjmení

Rodné číslo

Cizinec

## LÉKAŘ

## INTRAORÁLNÍ



BITEWING

3D snímek  
(nutné vyznačit lokalizaci)

## EXTRAORÁLNÍ



STANDARTNÍ pan. program

DĚTSKÝ pan. program

3D STITCHING program (3 snímky) **horní čelist**

3D STITCHING program (3 snímky) **dolní čelist**



MAXILÁRNÍ SINUS



PŘEDOZADNÍ projekce

ZADOPŘEDNÍ projekce



BOČNÍ TMJ projekce

PŘEDOZADNÍ TMJ projekce



ŠÍKMÁ projekce



PRAVÁ polovina

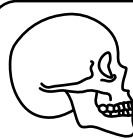
LEVÁ polovina



AXIÁLNÍ projekce



ZÁPĚSTÍ



KEFALO boční projekce

## 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