

Žádanka na RTG vyšetření

PACIENT

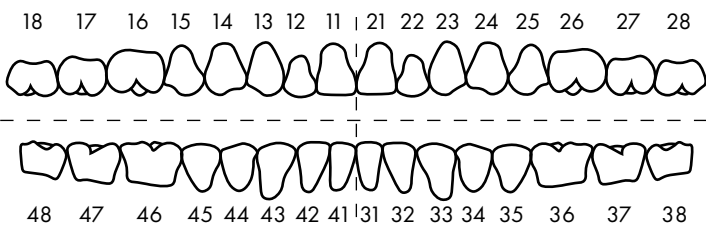
Jméno a příjmení

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

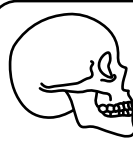
LEVÁ polovina



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