

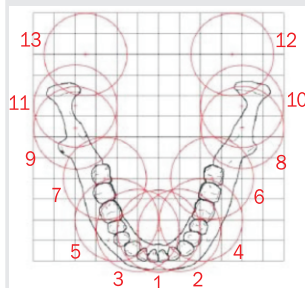
**ŽIADANKA NA ZUBNÉ 3D RTG - ZHOTOVENIE SNÍMKY**
**Meno a priezvisko pacienta:**
**Adresa:**
**Diagnóza:**
**Kód zdrav. poisťovne:**
**Dátum:**
**Rodné číslo:**

Prosíme krížikom označte Vaše voľby

**POLOVIČNÝ objem valca Ø 50**

- |                                  |                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dospelý | <input type="checkbox"/> celá čeľusť  |
| <input type="checkbox"/> dieťa   | <input type="checkbox"/> horná čeľusť |
|                                  | <input type="checkbox"/> dolná čeľusť |

\* definujte snímanú oblasť

**POLOVIČNÝ objem valca Ø 50 mm - zadefinovanie snímanej oblasti**


- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Incisor        | 8 <input type="checkbox"/> Ľavý Ramus  |
| 2 <input type="checkbox"/> Ľavý Canine    | 9 <input type="checkbox"/> Pravý Ramus |
| 3 <input type="checkbox"/> Pravý Canine   | 10 <input type="checkbox"/> Ľavý TMJ   |
| 4 <input type="checkbox"/> Ľavý Premolár  | 11 <input type="checkbox"/> Pravý TMJ  |
| 5 <input type="checkbox"/> Pravý Premolár | 12 <input type="checkbox"/> Ľavé Ucho  |
| 6 <input type="checkbox"/> Ľavý Molár     | 13 <input type="checkbox"/> Pravé Ucho |
| 7 <input type="checkbox"/> Pravý Molár    |  |

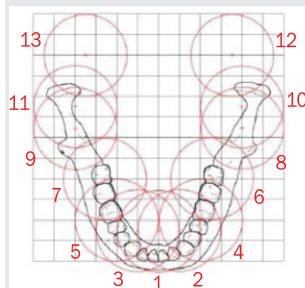
**ŽIADANKA NA ZUBNÉ 3D RTG - ZHOTOVENIE SNÍMKY**
**Meno a priezvisko pacienta:**
**Adresa:**
**Diagnóza:**
**Kód zdrav. poisťovne:**
**Dátum:**
**Rodné číslo:**

Prosíme krížikom označte Vaše voľby

**POLOVIČNÝ objem valca Ø 50**

- |                                  |                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dospelý | <input type="checkbox"/> celá čeľusť  |
| <input type="checkbox"/> dieťa   | <input type="checkbox"/> horná čeľusť |
|                                  | <input type="checkbox"/> dolná čeľusť |

\* definujte snímanú oblasť

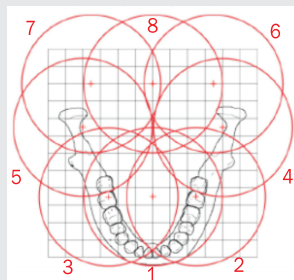
**POLOVIČNÝ objem valca Ø 50 mm - zadefinovanie snímanej oblasti**


- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Incisor        | 8 <input type="checkbox"/> Ľavý Ramus  |
| 2 <input type="checkbox"/> Ľavý Canine    | 9 <input type="checkbox"/> Pravý Ramus |
| 3 <input type="checkbox"/> Pravý Canine   | 10 <input type="checkbox"/> Ľavý TMJ   |
| 4 <input type="checkbox"/> Ľavý Premolár  | 11 <input type="checkbox"/> Pravý TMJ  |
| 5 <input type="checkbox"/> Pravý Premolár | 12 <input type="checkbox"/> Ľavé Ucho  |
| 6 <input type="checkbox"/> Ľavý Molár     | 13 <input type="checkbox"/> Pravé Ucho |
| 7 <input type="checkbox"/> Pravý Molár    |  |

**PLNÝ objem valca Ø 80**

- |                                  |                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dospelý | <input type="checkbox"/> celá čeľusť  |
| <input type="checkbox"/> dieťa   | <input type="checkbox"/> horná čeľusť |
|                                  | <input type="checkbox"/> dolná čeľusť |

\* definujte snímanú oblasť

**PLNÝ objem valca Ø 80 mm - zadefinovanie snímanej oblasti**


- |  |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Zuby              |
| 2 <input type="checkbox"/> Ľavý Molár        |
| 3 <input type="checkbox"/> Pravý Molár       |
| 4 <input type="checkbox"/> Ľavý TMJ + Ramus  |
| 5 <input type="checkbox"/> Pravý TMJ + Ramus |
| 6 <input type="checkbox"/> Pravé ucho        |
| 7 <input type="checkbox"/> Ľavé ucho         |
| 8 <input type="checkbox"/> Krčný stavec      |

Spôsob zhotovenia snímku

 **CD** (s prehliadačom)

 **FOTOPAPIER** - info na ambulancii

Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára

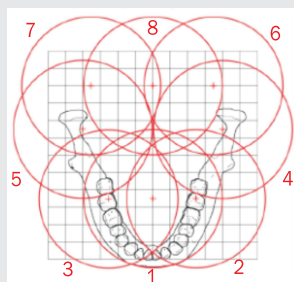
**Tel. kontakt odosielajúceho lekára:**
**ORDINAČNÉ HODINY**

<b>PO</b>	<b>07.30 - 12.30</b>	<b>13.00 - 15.30</b>
<b>UT</b>	<b>07.30 - 12.30</b>	<b>13.00 - 15.30</b>
<b>STR</b>	<b>07.30 - 12.30</b>	<b>13.00 - 16.00</b>
<b>ŠTV</b>	<b>07.30 - 12.30</b>	<b>13.00 - 15.30</b>
<b>PIA</b>	<b>07.30 - 12.30</b>	<b>13.00 - 14.30</b>

**PLNÝ objem valca Ø 80**

- |                                  |                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dospelý | <input type="checkbox"/> celá čeľusť  |
| <input type="checkbox"/> dieťa   | <input type="checkbox"/> horná čeľusť |
|                                  | <input type="checkbox"/> dolná čeľusť |

\* definujte snímanú oblasť

**PLNÝ objem valca Ø 80 mm - zadefinovanie snímanej oblasti**


- |  |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Zuby              |
| 2 <input type="checkbox"/> Ľavý Molár        |
| 3 <input type="checkbox"/> Pravý Molár       |
| 4 <input type="checkbox"/> Ľavý TMJ + Ramus  |
| 5 <input type="checkbox"/> Pravý TMJ + Ramus |
| 6 <input type="checkbox"/> Pravé ucho        |
| 7 <input type="checkbox"/> Ľavé ucho         |
| 8 <input type="checkbox"/> Krčný stavec      |

Spôsob zhotovenia snímku

 **CD** (s prehliadačom)

 **FOTOPAPIER** - info na ambulancii

Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára

**Tel. kontakt odosielajúceho lekára:**
**ORDINAČNÉ HODINY**

<b>PO</b>	<b>07.30 - 12.30</b>	<b>13.00 - 15.30</b>
<b>UT</b>	<b>07.30 - 12.30</b>	<b>13.00 - 15.30</b>
<b>STR</b>	<b>07.30 - 12.30</b>	<b>13.00 - 16.00</b>
<b>ŠTV</b>	<b>07.30 - 12.30</b>	<b>13.00 - 15.30</b>
<b>PIA</b>	<b>07.30 - 12.30</b>	<b>13.00 - 14.30</b>