

ŽIADANKA NA ZUBNÉ RTG - ZHOTOVENIE SNÍMKY

Meno a priezvisko pacienta:

Adresa:

Diagnóza:

Kód zdrav.
poistovne:

Dátum:

Rodné číslo:

Preventívna prehliadka: ☐ áno ☐ nie

Prosíme označte Vaše voľby

☐ Panoramatická snímka☐

štandardná

☐

bez kíbov

☐

ortogonálna (implant.)

☐

interproximálna (kazy)

☐

Bitewingová projekcia

☐

Sínusová snímka

☐

Extraorálna snímka-segment

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8☐

Cephalometrická snímka

☐

TMJ snímkovanie

☐

Dvojité laterálny program

☐

Dvojité laterálny-PA progr.

☐

Tomografická snímka

Spôsob zhotovenia snímku

CD ☐FOTOPAPIER ☐EMAIL

Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára

ŽIADANKA NA ZUBNÉ RTG - ZHOTOVENIE SNÍMKY

Meno a priezvisko pacienta:

Adresa:

Diagnóza:

Kód zdrav.
poistovne:

Dátum:

Rodné číslo:

Preventívna prehliadka: ☐ áno ☐ nie

Prosíme označte Vaše voľby

☐ Panoramatická snímka☐

štandardná

☐

bez kíbov

☐

ortogonálna (implant.)

☐

interproximálna (kazy)

☐

Bitewingová projekcia

☐

Sínusová snímka

☐

Extraorálna snímka-segment

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8☐

Cephalometrická snímka

☐

TMJ snímkovanie

☐

Dvojité laterálny program

☐

Dvojité laterálny-PA progr.

☐

Tomografická snímka

Spôsob zhotovenia snímku

CD ☐FOTOPAPIER ☐EMAIL

Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára

ŽIADANKA NA ZUBNÉ RTG - ZHOTOVENIE SNÍMKY

Meno a priezvisko pacienta:

Adresa:

Diagnóza:

Kód zdrav.
poistovne:

Dátum:

Rodné číslo:

Preventívna prehliadka: ☐ áno ☐ nie

Prosíme označte Vaše voľby

☐ Panoramatická snímka☐

štandardná

☐

bez kíbov

☐

ortogonálna (implant.)

☐

interproximálna (kazy)

☐

Bitewingová projekcia

☐

Sínusová snímka

☐

Extraorálna snímka-segment

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8☐

Cephalometrická snímka

☐

TMJ snímkovanie

☐

Dvojité laterálny program

☐

Dvojité laterálny-PA progr.

☐

Tomografická snímka

Spôsob zhotovenia snímku

CD ☐FOTOPAPIER ☐EMAIL

Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára

ŽIADANKA NA ZUBNÉ RTG - ZHOTOVENIE SNÍMKY

Meno a priezvisko pacienta:

Adresa:

Diagnóza:

Kód zdrav.
poistovne:

Dátum:

Rodné číslo:

Preventívna prehliadka: ☐ áno ☐ nie

Prosíme označte Vaše voľby

☐ Panoramatická snímka☐

štandardná

☐

bez kíbov

☐

ortogonálna (implant.)

☐

interproximálna (kazy)

☐

Bitewingová projekcia

☐

Sínusová snímka

☐

Extraorálna snímka-segment

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8☐

Cephalometrická snímka

☐

TMJ snímkovanie

☐

Dvojité laterálny program

☐

Dvojité laterálny-PA progr.

☐

Tomografická snímka

Spôsob zhotovenia snímku

CD ☐FOTOPAPIER ☐EMAIL

Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára