

ŽIADANKA NA ZUBNÉ RTG - ZHOTOVENIE SNÍMKY

Meno a priezvisko pacienta:

Adresa:

Diagnóza:

Kód zdrav.
poisťovne:

Dátum:

Rodné číslo:

Preventívna prehliadka: ☐ áno ☐ nie

Prosíme označte Vaše voľby

☐ Panoramatická snímka	☐ Extraorálna snímka-segment
☐ štandardná	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
☐ bez kĺbov	☐ Cephalometrická snímka
☐ ortogonálna (implant.)	☐ TMJ snímkovanie
☐ interproximálna (kazy)	☐ Dvojité laterálny program
☐ Bitewingová projekcia	☐ Dvojité laterálny-PA progr.
☐ Sínusová snímka	☐ 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.
poisťovne:

Dátum:

Rodné číslo:

Preventívna prehliadka: ☐ áno ☐ nie

Prosíme označte Vaše voľby

☐ Panoramatická snímka	☐ Extraorálna snímka-segment
☐ štandardná	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
☐ bez kĺbov	☐ Cephalometrická snímka
☐ ortogonálna (implant.)	☐ TMJ snímkovanie
☐ interproximálna (kazy)	☐ Dvojité laterálny program
☐ Bitewingová projekcia	☐ Dvojité laterálny-PA progr.
☐ Sínusová snímka	☐ 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.
poisťovne:

Dátum:

Rodné číslo:

Preventívna prehliadka: ☐ áno ☐ nie

Prosíme označte Vaše voľby

☐ Panoramatická snímka	☐ Extraorálna snímka-segment
☐ štandardná	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
☐ bez kĺbov	☐ Cephalometrická snímka
☐ ortogonálna (implant.)	☐ TMJ snímkovanie
☐ interproximálna (kazy)	☐ Dvojité laterálny program
☐ Bitewingová projekcia	☐ Dvojité laterálny-PA progr.
☐ Sínusová snímka	☐ 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.
poisťovne:

Dátum:

Rodné číslo:

Preventívna prehliadka: ☐ áno ☐ nie

Prosíme označte Vaše voľby

☐ Panoramatická snímka	☐ Extraorálna snímka-segment
☐ štandardná	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
☐ bez kĺbov	☐ Cephalometrická snímka
☐ ortogonálna (implant.)	☐ TMJ snímkovanie
☐ interproximálna (kazy)	☐ Dvojité laterálny program
☐ Bitewingová projekcia	☐ Dvojité laterálny-PA progr.
☐ Sínusová snímka	☐ Tomografická snímka

Spôsob zhotovenia snímku

CD

FOTOPAPIER

EMAIL

Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára