

ŽÁDANKA NA STOMATOLOGICKÉ OPG / CBCT VYŠETŘENÍ

Jméno a příjmení pacienta :

Datum narození/RČ :

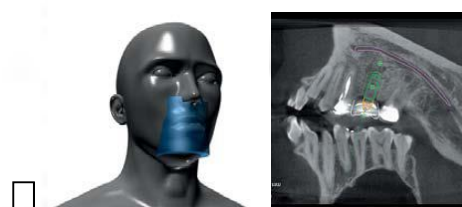
Tel. kontakt :

Panoramatický snímek (OPG)

3D - CBCT – vyšetření



∅ 110x80 mm



∅ 80x80 mm



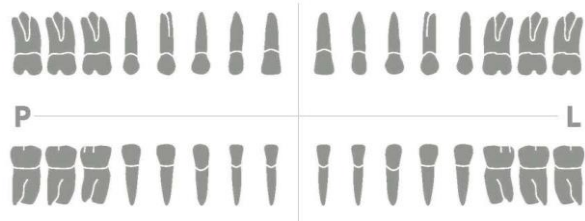
∅ 60x60 mm



∅ 40x40 mm

Prosím u 3D snímku o označení zatržením. Centrální zub objemu zaznamenat níže.

Poznámky:



Razítko a podpis:

Pacientovi bude předán CD / DVD(OPG, CBCT prohlížeč - viewer + data)