

# ŽÁDANKA – 3D CBCT

Pacienti se mohou objednávat na telefonním čísle: **736 511 515**

Jméno pacienta:

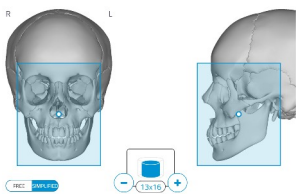
RČ:

ZP:

FOV (cm):

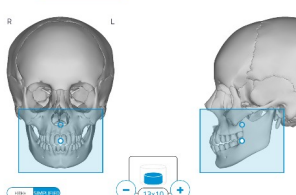
POPIS PROJEKCE:

**13 x 16**



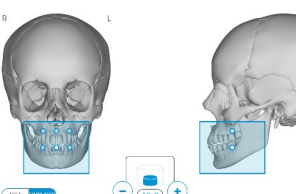
- horní a dolní čelist
- TM klouby
- čelistní + čelní VDN
- očnice

**13 x 10**



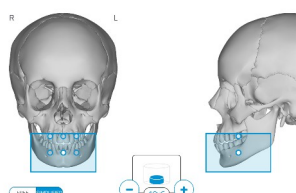
- horní a dolní čelist
- TM klouby

**10 x 8**



- STANDARDNÍ**
- horní a dolní zubní oblouk

**10 x 6**



-čelisti jednotlivě (zaškrtněte požadovanou)

- HORNÍ ČELIST
- DOLNÍ ČESLIT



- SINUS** -vedlejší dutiny nosní (čelistní a čelní)

## FORMA ZPRACOVÁNÍ:

- předání CT skenu na CD / DVD nebo vlastním USB disku
- zaslání odkazu ke stažení CT skenu na emailovou adresu: .....

## PLATBA:

- pacientem po zhotovení CT:
- fakturací lékaři / ZZ:

datum:

podpis a razítko lékaře: