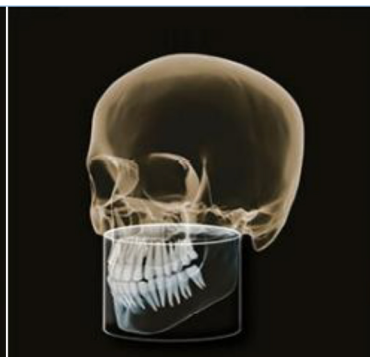


Žádanka na CBCT vyšetření

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo:

Požadovaná oblast CBCT vyšetření:



Ø 5 cm X 5 cm

Ø 8 cm X 8 cm

Ø 11 cm X 10 cm

Ø 17 cm X 13 cm

- Lokální rozsah
- Vhodné pro RCT / RCRT
- Vhodné pro plánování jednotlivých implantátů
- Vysoké rozlišení v HD kvalitě.

- V rozsahu **horní a dolní čelisti (nemusí pokryt zuby moudrosti !)**
- Vhodné pro plánování **více implantátů**

- V rozsahu horní a dolní čelisti, **VČ. zubů moudrosti.**

- V rozsahu horní a dolní čelisti, **VČ. TMK a báze lebni.**

Vyberte prosím lokalitu:

. Distální úsek:

KV1 KV2

KV3 KV4

. Frontální úsek:

HČ DČ

- Na vyšetření není třeba se předem objednat, můžete se k nám dostavit během pracovní doby, vyšetření trvá cca 15m a je nebolestivé. čekací doba může trvat do 30 minut.

- Vyšetření nehradí zdravotní pojišťovna, cena vyšetření je 1500,kč.

- Razitko a podpis ošetřujícího lékaře: