

ŽÁDANKA NA RENTGENOLOGICKÉ ZUBNÍ VYŠETŘENÍ

Pacient:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Požadované RTG vyšetření:

- | | | |
|--|----------------|---|
| ☐ panoramatický snímek | | ☐ obě čelisti vč. kloubů |
| ☐ CT vyšetření čelisti (CBCT) | lokalita: | ☐ horní čelist |
| | | ☐ dolní čelist |
| | | ☐ zub _____ |
| | | ☐ jiné _____ |
| | parametry FOV: | ☐ 5x5 cm |
| | | ☐ 8x5 cm |
| | | ☐ 8x8 cm |
| | | ☐ 12x9 cm |

Způsob zaslání vyšetření:

- ☐ převzetí pacientem osobně (CD, DVD, flash disk/tištěná podoba)
- ☐ zaslání CD/DVD poštou _____
- ☐ zasláním na e-mail (nelze u CT) _____ @ _____
- ☐ osobní převzetí lékařem

Ošetřující lékař:

Razítko a podpis:

.....

Informace pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,

Vášim ošetřujícím lékařem Vám bylo doporučeno specializované vyšetření na našem pracovišti. Žádáme Vás, abyste si před vyšetřením odložili své zubní náhrady, brýle, náušnice, řetízky a piercing v obličeji.

Vyšetření trvá cca. 15 minut, je bezbolestné.

Na vyšetření CBCT je nutné se objednat. Ostatní vyšetření bez nutnosti objednání během naší provozní doby:

PO	09:00 – 12:00, 12:30 – 18:00	ÚT	07:00 – 12:00, 12:30 – 15:00
ST	07:00 – 12:00, 12:30 – 15:00	ČT	07:00 – 12:00, 12:30 – 14:00
PÁ	07:00 – 12:00, 12:30 – 14:00		

Naše adresa i další kontakty jsou uvedeny v záhlaví této žádanky. Popis cesty a další potřebné informace naleznete na našich webových stránkách (<https://www.pentahospitals.cz>).

Poslední pacient bude ošetřen 30 minut před koncem ordinační doby.

Těšíme se na Vaši návštěvu.