**ŽÁDANKA NA OPG/CBCT VYŠETŘENÍ **

Žádanku prosím vyplňte, vytiskněte a dejte pacientovi s sebou!

**Jméno pacienta:**

**Rodné číslo:**

**Odesílající lékař:**

**typ snímku:** [ ]  OPG

 [ ]  CBCT

**velikost snímkované oblasti:**

 [ ]  8x9 přední

 obě čelisti, u větších lidí nemusí být tetí moláry



 [ ]  8x9 zadní

 obě čelisti, u větších lidí nemusí být přední zuby



 [ ]  8x5 horní čelist, přední

 

 [ ]  8x5 horní čelist, zadní

 

 [ ]  8x5 dolní čelist, přední



 [ ]  8x5 dolní čelist, zadní



 [ ]  5x5

 sextant - **zadejte zub nebo oblast zájmu**

**rozlišení:** [ ] 300 voxel (nízké rozlišení)

 [ ]  150 voxel (standard rozlišení)

 [ ]  75 voxel (vysoké rozlišení) - možnost jenom u 5x5

datum: 5. 6. 2016

podpis lékaře: