

## ŽIADANKA NA RTG VYŠETRENIE

ZS Fedinova 9, 851 01 Bratislava  
0904 / 810 888  
ambulancia@dentalxray.sk

Poliklinika Šustekova 2, 851 04 Bratislava  
0911 / 485 455  
ambulanciasustekova@dentalxray.sk

**Ordinačné hodiny: [www.dentalxray.sk](http://www.dentalxray.sk)**

**NA RTG VYŠETRENIE NEOBJEDNÁVAME. SNÍMKUJEME NA POČKANIE.**

MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:

RODNÉ ČÍSLO:	KÓD ZDRAV. POISŤOVNE:	KÓD DIAGNÓZY:
--------------	-----------------------	---------------

SPÔSOB ZHOVENIA RTG SNÍMKY:  CD  FOTOPAPIER

E-MAIL LEKÁRA: \_\_\_\_\_

E-MAIL PACIENTA: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>PANORAMATICKÁ SNÍMKA (OPG)</b> <input type="checkbox"/> BEZ KLÍBOV <input type="checkbox"/> ŠTANDARDNÁ <input type="checkbox"/> S KLÍBMI <input type="checkbox"/> INTERPROXIMÁLNA	<input type="checkbox"/> <b>EXTRAORÁLNA SNÍMKA (SEGMENT)</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8				
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8				
<input type="checkbox"/> <b>BITEWING</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> <b>INTRAORÁLNA SNÍMKA (ZUB Č.)</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8				
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8				
<input type="checkbox"/> <b>TMJ (TMK) DVOJITÝ LATERÁLNY PROG.</b>					

**ORL - SÍNUSOVÁ SNÍMKA - ROTAČNÁ PROJEKCIA**

POZNÁMKA LEKÁRA:

DÁTUM:	PEČIATKA A PODPIS LEKÁRA:
TEL./MOBIL. Č. LEKÁRA:	