

ŽÁDANKA NA CBCT VYŠETŘENÍ

Pacient:

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Číslo pojištěnce:

Vyšetřovaná oblast:

- obě čelisti včetně kloubů
 zub nebo oblast zubu:

Dle indikace:

- chirurgie
 implantace
 endodoncie
 ortodoncie

V

dne

.....

Jméno a podpis zubního lékaře