



# RTG

## žiadanka

Meno pacienta

Rodné číslo

Poistovňa

Adresa

### RTG snímka:

- Panoramatická snímka
- Cephalometrická snímka (tele rtg.)
- Intraorálna snímka
- Bite-wing snímka
- Sínus snímka (Poloaxiálna snímka)
- Tomografická snímka (potrebný odtlačok zubov)
- TMK snímka  predo- zadná projekcia
- bočná projekcia

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

**Forma:**

- CD
- CD + Romexis Viewer (software Planmeca na editáciu snímok)
- E-mail
- Fotopapier

**Pečiatka, dátum a podpis ambulancie:****OrtoDent**

(Zdravotné stredisko Trafo)

Prostějovská 14

080 01 Prešov

Tel.: 051/771 90 07

Mob.: 0901 719 007

E-mail: [silla@ortodent.sk](mailto:silla@ortodent.sk)

[www.ortodent.sk](http://www.ortodent.sk)



**Ordinačné hodiny:** Po-Š: 7:00 – 13:00

Pi: 7:00 – 12:00

Pacient bol poučený a informovaný o charaktere, priebehu a rizikách RTG vyšetrenia. Taktiež bol informovaný o doplatku k RTG vyšetreniu. Svojim podpisom vyjadruje pacient (zákonný zástupca) svoj súhlas s RTG vyšetrením na pracovisku OrtoDent.