

ŽÁDANKA RENTGENOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ

INFORMACE PRO PACIENTY

Kontakty RTG pracoviště:

Po – Čt 8-18 h
Pá 8-16 h



3DK s.r.o., Jankovcova 16/788, Praha 7, 170 00
tel: +420 774 00 33 99, interní linka RTG pracoviště: 68
www.3dk.cz, e-mail: rtg@3dk.cz

UPOZORNĚNÍ: Prosíme pacienty, aby před vyšetřením odložili své zubní náhrady, brýle, náušnice, řetízky, piercing v obličeji apod.
Nelze vyšetřovat těhotné ženy.

POŽADOVANÉ RTG VYŠETŘENÍ

Jméno a příjmení pacienta _____

Datum narození _____

- panoramatický snímek
 CT vyšetření čelistí

lokality
parametry

- objem projekce 6", vysoké rozlišení, dávka 62 μ Sv
 objem projekce 9", standardní rozlišení, dávka 49 μ Sv
 jiná projekce _____

- kefalometrický snímek _____

ULOŽENÍ VYŠETŘENÍ

Standardně uložíme RTG snímek na datovém úložišti (u lékařů v domě Jankovcova 16) nebo na CD-ROM (u externích lékařů).
Pokud si přejete jiný způsob zaslání, prosíme o upřesnění:

- vypálit na CD-ROM
 vyšetření zašlete na e-mailovou adresu (nelze u CT) _____ @ _____

Datum _____

MUDr. _____

podpis lékaře

razítko zařízení

ŽÁDANKA RENTGENOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ

INFORMACE PRO PACIENTY

Kontakty RTG pracoviště:

Po – Čt 8-18 h
Pá 8-16 h



3DK s.r.o., Jankovcova 16/788, Praha 7, 170 00
tel: +420 774 00 33 99, interní linka RTG pracoviště: 68
www.3dk.cz, e-mail: rtg@3dk.cz

UPOZORNĚNÍ: Prosíme pacienty, aby před vyšetřením odložili své zubní náhrady, brýle, náušnice, řetízky, piercing v obličeji apod.
Nelze vyšetřovat těhotné ženy.

POŽADOVANÉ RTG VYŠETŘENÍ

Jméno a příjmení pacienta _____

Datum narození _____

- panoramatický snímek
 CT vyšetření čelistí

lokality
parametry

- objem projekce 6", vysoké rozlišení, dávka 62 μ Sv
 objem projekce 9", standardní rozlišení, dávka 49 μ Sv
 jiná projekce _____

- kefalometrický snímek _____

ULOŽENÍ VYŠETŘENÍ

Standardně uložíme RTG snímek na datovém úložišti (u lékařů v domě Jankovcova 16) nebo na CD-ROM (u externích lékařů).
Pokud si přejete jiný způsob zaslání, prosíme o upřesnění:

- vypálit na CD-ROM
 vyšetření zašlete na e-mailovou adresu (nelze u CT) _____ @ _____

Datum _____

MUDr. _____

podpis lékaře

razítko zařízení