

## 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  $\mu$ Sv  
 objem projekce 9", standardní rozlišení, dávka 49  $\mu$ 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  $\mu$ Sv  
 objem projekce 9", standardní rozlišení, dávka 49  $\mu$ 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