

Objednanie online alebo telefonicky

Údaje o pacientovi

Meno a priezvisko:	
Rodné číslo:	Dátum:

2D RTG

<input type="checkbox"/> Panoramatická snímka (OPG) <input type="checkbox"/> bez kĺbov <input type="checkbox"/> s kĺbmi	<input type="checkbox"/> štandardná <input type="checkbox"/> interproximálna <input type="checkbox"/> ortogonálna	<input type="checkbox"/> extraorálna snímka (segment) 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"/> intraorálna snímka (zub č.) 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"/> bitewing <input type="checkbox"/> sinus	<input type="checkbox"/> Ľ <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> TMK predozadná snímka <input type="checkbox"/> TMK laterálna snímka

3D RTG

<input type="checkbox"/> 3D RTG, popis požiadavky:

Spôsob doručenia RTG snímky

<input type="checkbox"/> e-mail, na adresu:
<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> fotopapier

Kontaktné údaje odosielajúceho lekára

Telefón:	Pečiatka a podpis:
E-mail:	

Objednanie online alebo telefonicky

Údaje o pacientovi

Meno a priezvisko:	
Rodné číslo:	Dátum:

2D RTG

<input type="checkbox"/> Panoramatická snímka (OPG) <input type="checkbox"/> bez kĺbov <input type="checkbox"/> s kĺbmi	<input type="checkbox"/> štandardná <input type="checkbox"/> interproximálna <input type="checkbox"/> ortogonálna	<input type="checkbox"/> extraorálna snímka (segment) 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"/> intraorálna snímka (zub č.) 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"/> bitewing <input type="checkbox"/> sinus	<input type="checkbox"/> Ľ <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> TMK predozadná snímka <input type="checkbox"/> TMK laterálna snímka

3D RTG

<input type="checkbox"/> 3D RTG, popis požiadavky:

Spôsob doručenia RTG snímky

<input type="checkbox"/> e-mail, na adresu:
<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> fotopapier

Kontaktné údaje odosielajúceho lekára

Telefón:	Pečiatka a podpis:
E-mail:	

Objednanie online alebo telefonicky

Údaje o pacientovi

Meno a priezvisko:	
Rodné číslo:	Dátum:

2D RTG

<input type="checkbox"/> Panoramatická snímka (OPG) <input type="checkbox"/> bez kĺbov <input type="checkbox"/> s kĺbmi	<input type="checkbox"/> štandardná <input type="checkbox"/> interproximálna <input type="checkbox"/> ortogonálna	<input type="checkbox"/> extraorálna snímka (segment) 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"/> intraorálna snímka (zub č.) 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"/> bitewing <input type="checkbox"/> sinus	<input type="checkbox"/> Ľ <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> TMK predozadná snímka <input type="checkbox"/> TMK laterálna snímka

3D RTG

<input type="checkbox"/> 3D RTG, popis požiadavky:

Spôsob doručenia RTG snímky

<input type="checkbox"/> e-mail, na adresu:
<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> fotopapier

Kontaktné údaje odosielajúceho lekára

Telefón:	Pečiatka a podpis:
E-mail:	

Objednanie online alebo telefonicky

Údaje o pacientovi

Meno a priezvisko:	
Rodné číslo:	Dátum:

2D RTG

<input type="checkbox"/> Panoramatická snímka (OPG) <input type="checkbox"/> bez kĺbov <input type="checkbox"/> s kĺbmi	<input type="checkbox"/> štandardná <input type="checkbox"/> interproximálna <input type="checkbox"/> ortogonálna	<input type="checkbox"/> extraorálna snímka (segment) 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"/> intraorálna snímka (zub č.) 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"/> bitewing <input type="checkbox"/> sinus	<input type="checkbox"/> Ľ <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> TMK predozadná snímka <input type="checkbox"/> TMK laterálna snímka

3D RTG

<input type="checkbox"/> 3D RTG, popis požiadavky:

Spôsob doručenia RTG snímky

<input type="checkbox"/> e-mail, na adresu:
<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> fotopapier

Kontaktné údaje odosielajúceho lekára

Telefón:	Pečiatka a podpis:
E-mail:	