

**Fitdent sro**  
**17.listopadu 302/22**  
**Cheb**  
**350 02**  
**IČ 29123445**

---

## ŽÁDANKA NA RENTGENOLOGICKÉ ZUBNÍ VYŠETŘENÍ

**PACIENT:**

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa bydliště:

Telefon:

**Požadované RTG vyšetření:**

- panoramatický snímek
- CBCT snímek:

**Požadovaná velikost (zakroužkujte):**

- obě čelisti včetně kloubů (18x16 cm)
- horní čelist (10x6 cm)
- dolní čelist (10x6 cm)
- kvadrant (6x6 cm)

**Provedený snímek vždy převezme pacient na CD/DVD nebo přineseném flash disku (minimální kapacita 4GB)**

**Datum**

.....

**Razítko odesílajícího lékaře**

.....

**Informace pro pacienty**

Pacient se ke zhotovení RTG snímku dostaví na pracoviště Fitdent s.r.o na adrese 17.listopadu 302/22 v Chebu. Při příchodu klepejte prosím na dveře ortodontie nebo ordinace Dr. Papeže a vyčkejte příchodu sestry. Následně u Vás bude proveden RTG snímek a vypálen na CD/DVD nebo předán na vámi přinesený flash disk. Platbu za snímek provádí pacient na místě a to buď hotově nebo kartou. Cena za CBCT snímek se pohybuje v rozmezí 600 – 1100 Kč. Provedení panoramatického snímku je hrazeno zdravotní pojišťovnou.