

Žádanka na CBCT

Osobní data

Příjmení Jméno Titul

Rodné číslo / Pojišťovna (číslo)

Kontakt na delegujícího lékaře

Příjmení Jméno Titul

E-mail Tel.

Požadované vyšetření

FOV 4x4 Endo mód- nejvyšší rozlišení (voxel 0,05mm)

Zaměření: zub č.

FOV 5x5 Jednotlivé zuby/ skupina zubů

Indikace: Endo - Perio - Retinované třetí moláry - OMS - Hyperdoncie / Orto

Zaměření: zub č.

FOV 8x5 Sextant

Indikace: Implantologie - Navigovaná chirurgie - Všeobecná stomatologie - Orto

Zaměření: HČ vpravo HČ střed HČ vlevo

DČ vpravo DČ střed DČ vlevo

FOV 8x8 protilehlé sextanty/TMK

Indikace: Implantologie - Navigovaná chirurgie - Všeobecná stomatologie - Orto

Zaměření: Vpravo Střed Vlevo TMK vpravo TMK vlevo

FOV 12x9 Oba zubní oblouky včetně sinů a mandibulárních nervů/TMK

Indikace: Navigovaná implantologie - Sinus lift - Augmentace čelisti nebo dutiny

Zaměření: Čelisti TMK vpravo TMK vlevo Horní cesty dýchací

FOV 16x9 Oba zubní oblouky včetně sinů a mandibulárních nervů (vč. Ramus mandibulae)

Celkový záběr od řezáku po páteř

Indikace: Navigovaná chirurgie - Sinus lift - Ortognátní operace - Simultánní diagnostika obou TMK

Další informace

Datum

Razítko a podpis indikujícího lékaře