

CBCT/3D VYŠETŘENÍ

ŽÁDANKA



Příjmení, jméno

Rok narození

Odesílající lékař (popř. email lékaře pro zaslání snímku přímo lékaři)

Tel. kontakt na pacienta (není nutno vyplňovat)

Požadovaný snímek

8x8 cm, 150 μ m
(obě čelisti a přilehlé tkáně)

5x5 cm, 75 μ m (endo mód),
jeden kvadrant, uveďte prosím č. zubu:

číslo zubu

Prosíme pacienty o objednání předem telefonicky nebo emailem.

Snímek bude pacientovi či lékaři zaslán emailem formou odkazu ke stažení.

100mikro zubní klinika

Opavská 6230/29A
Ostrava-Poruba
708 00

tel. **+420 777 697 900**
email **info@100mikro.cz**
www.100mikro.cz

100
mikro
ZUBNÍ KLINIKA