

VÝMENNÝ LIST - POUKAZ

na stomatologické RTG vyšetrenie

Pacient:

Rodné číslo:

Adresa:

Na 3D vyšetrenie sa telefonicky objednajte.

RTG vyšetrenie, snímka:

- | | |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> 3D Implant/Ortho/Endo/TMK/Chir. | CD |
| <input type="checkbox"/> OPG | CD alebo filmová |
| <input type="checkbox"/> Cephalometrická (Tele) | filmová |
| <input type="checkbox"/> TMK | filmová |
| <input type="checkbox"/> Ruka | filmová |
| <input type="checkbox"/> Bitewing SIN/DX | filmová |
| <input type="checkbox"/> Intraorálna | filmová |

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

.....
Dátum

.....
Pečiatka a podpis lekára

Adresa: KVARTDENT, s.r.o.
MUDr. Alica Kvartová
Kováčska 32
040 01 Košice

Tel. č.: 055/625 0947, 055/623 4096
e-mail: kvartdent@azet.sk
<http://www.zubarprevas.sk>

Ordinačné hodiny: Po 07.30 - 15.00
U 07.30 - 15.00
S 08.30 - 16.30
Š 07.30 - 15.00
Pi 07.30 - 14.00

