



Žádanka o CBCT (Cone Beam Computed Tomography) vyšetření

Jméno a příjmení pacienta	RČ nebo datum narození	Pojišťovna	Diagnóza
Vyšetření hradí pacient – zaškrtněte (ceny viz platný ceník http://www.vfn.cz/pacienti/informace-pro-pacienty/ceniky-vykonu)			<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Účel vyšetření/Poznámky týkající se vyšetřované anatomické struktury:			

Zvolte vyšetřovanou oblast (*Field of View*), grafický přehled s příklady použití naleznete na <http://goo.gl/kb2v4v>

Skupiny zubů

5 x 5 jeden sextant chrupu (*nejlepší rozlišení*)

.....napište lokalizaci zubu, který je středem zájmu

Čelisti

10 x 5 jednotlivá čelist HORNÍ / DOLNÍ

8 x 8 obě čelisti (bez třetích molárů)

10 x 10 obě čelisti

Temporo-mandibulární kloub

8 x 8 TMK LEVÝ / PRAVÝ

17 x 6 oba TMK současně

Lebka

17 x 11

17 x 13,5 (maximální oblast)

Vedlejší dutiny nosní

17 x 11

17 x 13,5 (maximální oblast)

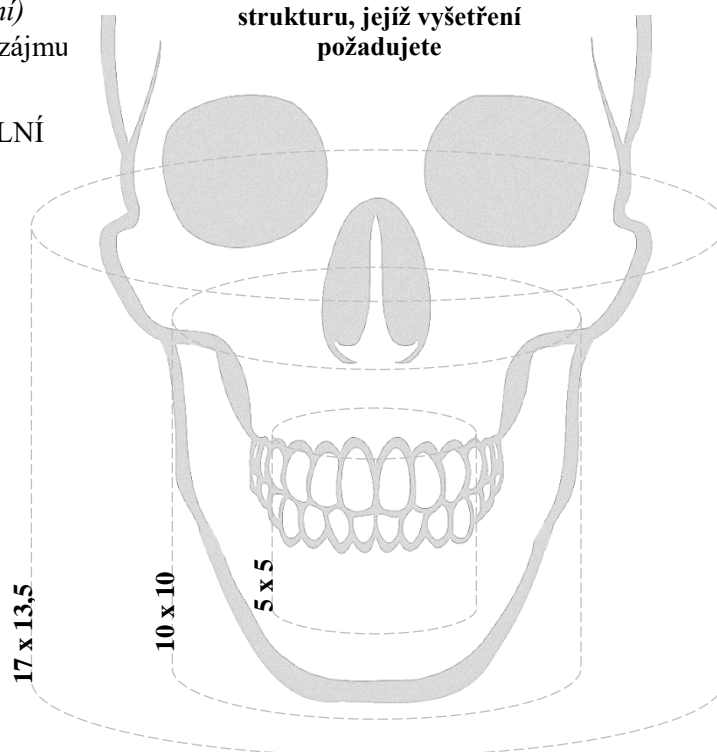
Vnitřní ucho

5 x 5 jedno ucho LEVÉ / PRAVÉ

17 x 5 obě uši současně

8 x 8 jedno ucho a temporální oblast

Zde můžete vyznačit anatomickou strukturu, jejíž vyšetření požadujete



Datum:		Razítko pracoviště/oddělení
Telefon:		
E-mail:		
Potvrzuji, že pacient byl poučen o cenách. Jmenovka a podpis lékaře:		



Vážení kolegové,

při žádosti o CBCT vyšetření poučte pacienty o ceně, instruujte je, aby se objednali a odesíláte s tímto **KOMPLETNĚ VYPLNĚNÝM FORMULÁŘEM - Žádanka o CBCT vyšetření**, který si můžete také stáhnout na <http://goo.gl/si7SIu>

- **Jak** Pouze po objednání tel.: 2 2496 2730
- **Kde** Fakultní poliklinika, 5. patro bud. A, Karlovo nám. 32, Praha 2 (tel.: 2 2496 6819)
- **Cena** 1.400,- Kč
- **Uhradit** Pokladna Fakultní poliklinika: Po–Čt 8–12:30 h a 13–15 h
Pá 8–12:30 h a 13–14 h

Pro usnadnění orientace a výběru vyšetřované oblasti FOV (*Field of View*) naleznete jejich přehled v interaktivním průvodci na <http://goo.gl/kb2v4v>

Platí pravidlo, že čím menší je FOV, tím kvalitnější je zobrazení detailů (tj. menší velikost voxelu). Pro různé indikace proto obecně doporučujeme tyto FOV:

- endodontická diagnostika: **5 x 5 cm** (velikost voxelu **90 μm**)
- implantologická diagnostika: do **10 x 10 cm** (velikost voxelu **180 μm**)
- ortodontická diagnostika: **17 x 11 cm** (velikost voxelu **500 μm**)

Po zhotovení CBCT vyšetření budou data včetně prohlížeče vypálena na CD a předána pacientovi, který vám je doručí. Návod na otevření CBCT na vašem počítači můžete stáhnout na <http://goo.gl/si7SIu>

Na žádance musí být **ČITELNĚ** uvedeno:

- jméno a příjmení pacienta
- rodné číslo či datum narození pacienta
- diagnóza
- pojišťovna pacienta
- zřetelně označit zda hradí či nehradí pacient
- jméno a podpis indikujícího lékaře
- razítko pracoviště, na kterém lékař pracuje
- telefon a e-mail na indikujícího lékaře
- datum vyhotovení žádanky
- údaj o hrazení vyšetření
- zřetelně ZAŠKRTNUTA oblast zájmu, eventuálně doplněná o grafické vyznačení na schématu lebky

Pokud nebudou tyto údaje na žádance uvedeny, není možné CBCT vyšetření provést. Kontakt na lékaře je důležitý pro eventuální komunikaci mezi ním a radiologickým asistentem.

Potvrzení o úhradě: