



## ŽÁDANKA O CBCT (CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY) VYŠETŘENÍ

Jméno a příjmení pacienta	RČ nebo datum narození	Pojišťovna	Diagnóza
<b>Vyšetření hradí pacient – zaškrtněte</b> (pouze pro VFN) <i>(Ostatní viz platný ceník <a href="http://www.vfn.cz/pacienti/informace-pro-pacienty/ceniky-vykonu">http://www.vfn.cz/pacienti/informace-pro-pacienty/ceniky-vykonu</a>)</i>			<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 najdete na <http://goo.gl/kb2v4v>

### Skupiny zubů

- 5 × 5 jeden sextant chrupu (*nejlepší rozlišení*)  
.....napište lokalizaci zubu, který je středem zájmu

### Čelisti

- 10 × 5 jednotlivá čelist  HORNÍ /  DOLNÍ  
 8 × 8 obě čelisti (bez třetích molárů)  
 10 × 10 obě čelisti

### Temporo-mandibulární kloub

- 8 × 8 TMK  LEVÝ /  PRAVÝ  
 17 × 6 oba TMK současně

### Lebka

- 17 × 11  
 17 × 13,5 (maximální oblast)

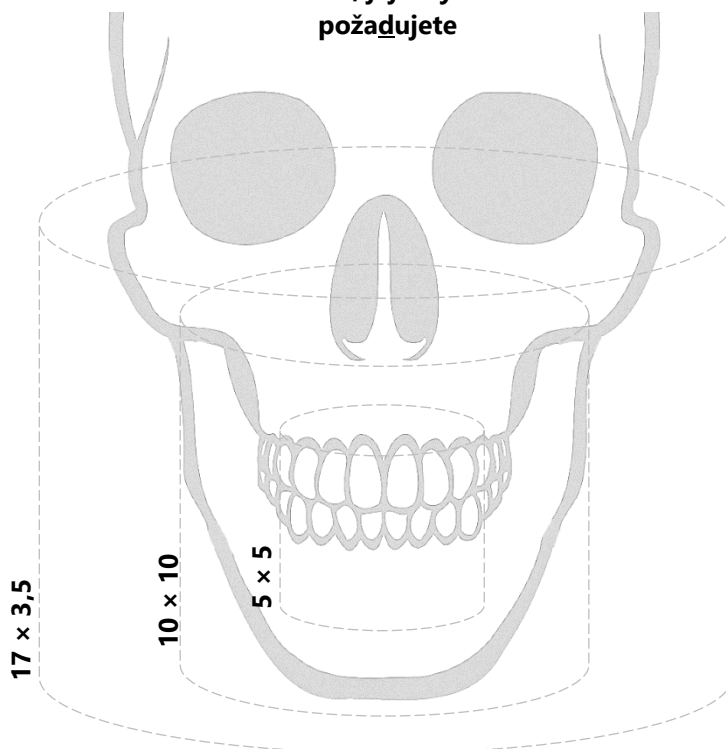
### Vedlejší dutiny nosní

- 17 × 11  
 17 × 13,5 (maximální oblast)

### Vnitřní ucho

- 5 × 5 jedno ucho  LEVÉ /  PRAVÉ  
 17 × 5 obě uši současně  
 8 × 8 jedno ucho a temporální oblast

Zde můžete vyznačit anatom.  
strukturu, jejíž vyšetření  
požadujete



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



## ŽÁDANKA O CBCT (CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY) VYŠETŘENÍ

Vážení kolegové,

při žádosti o CBCT vyšetření poučte pacienty o ceně, instruujte je, aby se objednali a odesílejte s tímto **KOMPLETNĚ VYPLNĚNÝM FORMULÁŘEM – Žádanka o CBCT vyšetření**, který si můžete také stáhnout na <http://goo.gl/si7Slu>

- **Jak** On-line na <https://webdiar.vfn.cz/>, změny/zrušení na tel.: 2 2496 2730
- **Kde** Fakultní poliklinika, 5. patro bud. A, Karlovo nám. 32, Praha 2
- **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 × 5 cm** (velikost voxelu **90 μm**)
- implantologická diagnostika: do **10 × 10 cm** (velikost voxelu **180 μm**)
- ortodontická diagnostika: **17 × 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/si7Slu>

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: