

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

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

Zvolte vyšetřovanou oblast (*Field of View*):**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

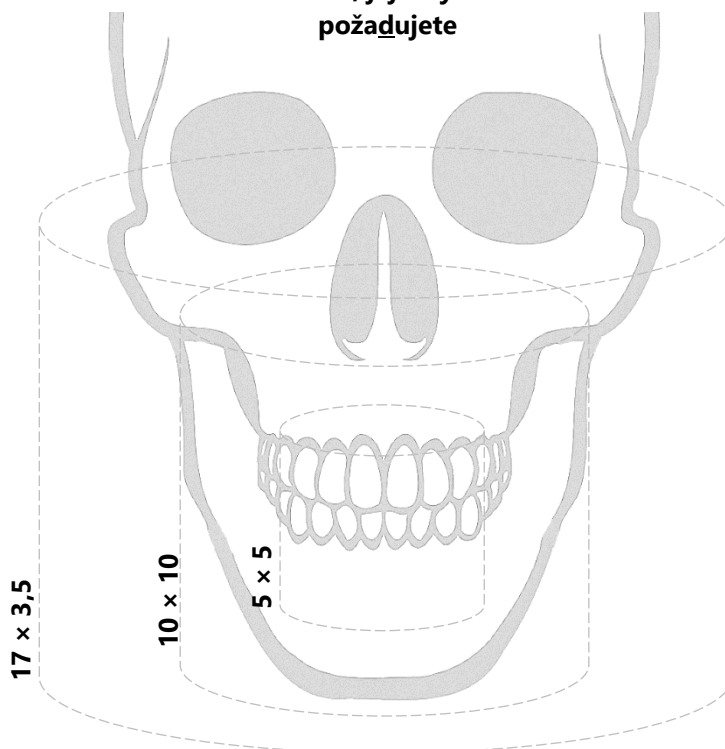
- 17 × 11
 17 × 13,5 (*maximální oblast*)

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**

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



ŽÁDANKA O CBCT (CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY) VYŠETŘENÍ

Vážení,

pro zhotovení CBCT vyšetření je nutná **kompletně vyplněná ŽÁDANKA O CBCT (CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY) VYŠETŘENÍ**. Níže uvádíme, jak se objednat, kde vyšetření proběhne a další informace k vyšetření pro odesílající lékaře i pacienty.

- **Jak** On-line na <https://webdiar.vfn.cz/>
- **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 zrušení termínu volejte, prosím, na tel.: 2 2496 2730**

Po zhotovení CBCT vyšetření budou **data na CD** předána pacientovi, který je doručí odesílajícímu lékaři k vyhodnocení / popisu. **Návod** na otevření CBCT na PC a **zobrazení 3D modelu** naleznete na: <https://www.vfn.cz/odbornici/sluzby-pro-zdravotniky/poskytovani-cbct-vysetreni/>

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**)

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: