

Meno a priezvisko pacienta:

Adresa:

Rodné číslo:

Ak pacient absolvoval v minulom roku preventívnu prehliadku v poisťovni Dôvera alebo Union - priložte potvrdenie



DENTAL CARE Dr. Rosa, s.r.o.
Nám. Sv. Františka 14
841 04 Bratislava – Karlova Ves
 www.rosadentalclinic.sk



+421 /904 377 508
+421/2/64 77 88 88

Prosím, označte typ snímky:

- Panoramatická snímka
- Intraorálna snímka, číslo zuba
- Bitewing snímka

CT snímka:

- CT, malý snímok (5x5) Regio
- Mandibula (8x8)
- Maxilla (8x8)
- Komplet (8x15), horné + dolné zubaradie

Spôsob zhotovenia snímky:

- CD
- Email:
- Fólia

Meno a telefonický kontakt odosielajúceho lekára:

Prosím, o spätnú telefonickú konzultáciu

Uvedte Váš telefonický kontakt:

Dátum, podpis a pečiatka odosielajúceho lekára:

Ordinačné hodiny: Pondelok – Piatok: 7,00 hod – 20,00 hod, Sobota: 7,00 hod – 15,00 hod (po telefonickom dohovore)
 Ďakujeme za dôkladné vyplnenie všetkých údajov, Tím Rosa Dental Clinic.



Meno a priezvisko pacienta:

Adresa:

Rodné číslo:

Ak pacient absolvoval v minulom roku preventívnu prehliadku v poisťovni Dôvera alebo Union - priložte potvrdenie



DENTAL CARE Dr. Rosa, s.r.o.
Nám. Sv. Františka 14
841 04 Bratislava – Karlova Ves
 www.rosadentalclinic.sk



+421 /904 377 508
+421/2/64 77 88 88

Prosím, označte typ snímky:

- Panoramatická snímka
- Intraorálna snímka, číslo zuba
- Bitewing snímka

CT snímka:

- CT, malý snímok (5x5) Regio
- Mandibula (8x8)
- Maxilla (8x8)
- Komplet (8x15), horné + dolné zubaradie

Spôsob zhotovenia snímky:

- CD
- Email:
- Fólia

Meno a telefonický kontakt odosielajúceho lekára:

Prosím, o spätnú telefonickú konzultáciu

Uvedte Váš telefonický kontakt:

Dátum, podpis a pečiatka odosielajúceho lekára:

Ordinačné hodiny: Pondelok – Piatok: 7,00 hod – 20,00 hod, Sobota: 7,00 hod – 15,00 hod (po telefonickom dohovore)
 Ďakujeme za dôkladné vyplnenie všetkých údajov, Tím Rosa Dental Clinic.

