

Пацијент: _____

Лекар/Ординација: _____

Датум: _____

Интраорално снимање

Ретроалвеоларни снимак:

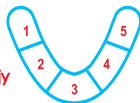
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

Ретрокоронални снимак:

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---

 Cloud server Филм ЦД Електронска пошта**Екстраорално снимање**

Ортопан:

 Одрасли Деца Секциони:
заокружити регију

Загризни снимак (Bitewing):

 Обе вилице Десна Лева

Максиларни синуси:

 Синуси

ТМЗ:

 Затворен Отворен Оба Десни Леви ОбаТелерендген:
(Cranioqram) Lat. пуна Lat. редукована РА АР Carpus Waters Towne обрнутаПројекција/анализа по жељи: _____ Cloud server Филм ЦД Електронска пошта