

Žádanka na vyšetření / ošetření

Jméno a příjmení pacienta

Rodné číslo / datum narození



- ☐ Konzultace (důvod požadavku).....
- ☐ Extrakce/chirurgická extrakce zubu.....
- ☐ Autotransplantace zubu.....
- ☐ Resekce kořenového hrotu.....
- ☐ Uzavření oro-antrální komunikace
- ☐ Dentální implantace.....
- ☐ Augmentace kosti.....
- ☐ Augmentace měkkých tkání.....
- ☐ Uzavření gingiválních recesů.....
- ☐ Prohloubení vestibula.....
- ☐ Frenulektomie/frenuloplastika.....
- ☐ Odstranění exostózu/egalizace alveolárního výběžku.....
- ☐ Odstranění drobných novotvarů dutiny ústní (fibrom/papilom/mukokéla rtu atd.).....
- ☐ Cystektomie/odstranění cysty čelisti.....
- ☐ Jiné.....

Adresa : Pobřežní 620/3, Praha 8
E-mail : info@premiumdental.cz
Tel. číslo : +420 777 788 304
www.premiumdental.cz

Ordinační hodiny :
PO - ČT 8:00 - 17:00
PÁ 8:00 - 16:00
SO dle předchozí domluvy

Razítko a podpis lékaře