



**Vilnius, Naugarduko g. 22-9**  
**+370 686 39 561**



**Vilnius, Volungės g. 1 /  
V. Grybo g. 17**  
**+370 622 45 858**



**Vilnius, Žygio g. 90**  
**+370 622 02 070**



**Vilnius, Laisvės pr. 77D**  
**+370 603 51 225**



**Klaipėda, Kretingos 179A**  
**+370 629 96 609**



**Klaipėda, Baltijos pr. 117**  
**+370 602 61 511**



**Kaunas, Pramonės pr. 41A**  
**+370 628 27 555**



**Kaunas, Kęstučio g. 58**  
**+370 677 27 312**



**Kaunas, Baltijos g. 87**  
**+370 655 09 882**



**Šiauliai, Vilniaus g. 170**  
**+370 655 20 853**

## Gydytojo duomenys:

Gydytojo vardas:	ANTSPAUDAS
Klinikos pavadinimas:	
Adresas:	
Telefonas:	
El. paštas:	

## Paciento duomenys:

Vardas:	Pavardė:
Gimimo data: / /	Telefonas:

1.  **Ortopantomograma (2D)**

2.  **Galvos šoninė rentgenograma**

3.  **Sąkandžio rentgenograma**

<input type="checkbox"/> Foto popierius	<input type="checkbox"/> El. paštas
---	-------------------------------------

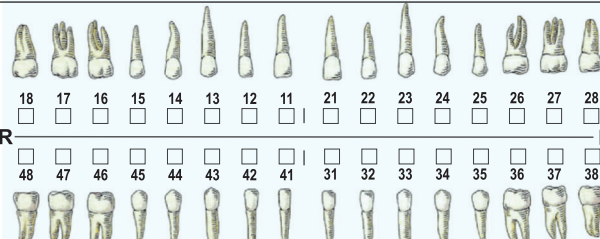
4.  **Kompiuterinė tomografija (3D KT)**

<input type="checkbox"/> Viršutinis žandikaulis	<input type="checkbox"/> Apatinis žandikaulis
<input type="checkbox"/> Abu žandikauliai	

Ar reikės **3D** skenavimo analizės?

<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne
-------------------------------	-----------------------------

Pažymėkite analizuojamą sritį:

	
R	L

**3D** failo formatas:

<input type="checkbox"/> Foto popierius	<input type="checkbox"/> iRYS Viewer	<input type="checkbox"/> DICOM	<input type="checkbox"/> El. paštas
---	--------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

**3D** skenavimo priežastys

<input type="checkbox"/> Implantai	<input type="checkbox"/> Ortodontija	<input type="checkbox"/> Endodontija
<input type="checkbox"/> Kaulo priauginimas	<input type="checkbox"/> Burnos patologija	<input type="checkbox"/> Retinuoti dantys
<input type="checkbox"/> Sinuso egzaminavimas		

5.  **SAŽS** skenavimas  2D  3D

<input type="checkbox"/> Kairė / Dešinė <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Išsižiojus / Sukandus <input type="checkbox"/>
--	---

Papildoma informacija:
------------------------

Gydytojo parašas:
-------------------