



Pacijent: _____

Lekar/ordinacija: _____

Datum: _____

Intraoralno snimanje

Retroalveolarni snimak:

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

Retrokoronalni snimak:

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

Film

CD

Email

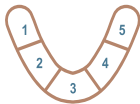
Ekstraoralno snimanje

Ortopan:

Odrasli

Deca

Sekcioni:
zaokružiti regiju



Zagrizni snimak („Bitewing“):

Obe vilice

Desna

Leva

Maksilarni sinusi

Sinusi

TMZ:

Zatvoren

Otvoren

Oba

Desni

Levi

Oba

Film

CD

Email



Ortopan Centar
Leštane

UPUT ZA
SNIMANJE

KONTAKT



Radno vreme: 08 - 20č



Ortopan Centar
Leštane

Save Kovačevića 2r, 1.Sprat
Leštane - Beograd, Srbija
Mob. 065.431.2222
ortopanleštane@gmail.com
www.ortopanleštane.rs