

**CBCT NAPOTNICA**

IME IN PRIIMEK: _____

DATUM ROJSTVA: _____

PLAČNIK: ORDINACIJA PACIENT

DATUM: _____

ZOBOZDRAVNIK: _____

 SEGMENT: KLASIČNO 40 € ENDODONTSKO 40 €

18 17 16 15 14 13 12 11

21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41

31 32 33 34 35 36 37 38

 PRIKAZ ZGORNJE
ČELJUSTI 65 € PRIKAZ SPODNJE
ČELJUSTI 65 € PRIKAZ ZGORNJE
IN SPODNJE ČELJUSTI 85 €