**Radiologická vizita – 19.3.2024 – 7:30 hod**

**Jméno pacienta Rodné číslo Druh vyšetření + datum Klin. otázka Objednávající lékař**

Čejková Dobrá Marie 666030/1945 CT VDN sinus max. l.dx. – hypoplasie + chron.změny? Špl