

Žiadanka o vyšetrenie počítačovou tomografiou

Pacient

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

/

Bydlisko:

Poist'ovňa:

Telefón:

Termín vyšetrenia

Dátum:

Čas:

Vyšetrenie je akútne:

nie áno

Čas vyšetrenia pacienta
dohodnite telefonicky
na čísle 0911 466 538

Vyšetrenie

Klinická diagnóza (slovom):

Štatistický kód:

Epikríza:

Ktorý orgán sa má vyšetrit':

Ktorá otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?

Kreatinínémia:

μmol/l

Alergická anamnéza:

negat. pozit.

popis:

Požiadavky na narkózu:

nie áno

popis:

Bol už pacient na CT vyš.?

nie áno

Dátum:

Miesto:

Výsledky iných zobrazovacích vyš. (RTG, UZ,...):

Odosielajúci lekár

Meno a priezvisko:

Kontakt:

Pečiatka a podpis:

Pracovisko:

Dátum:

.....