



Pro RTG s. r. o., Poliklinika Mýtna 5, 2. Poschodie, 811 07 Bratislava, tel. 02/5249 9446, fax. 02/5778 6376, prortg@prodiagnostic.sk, www.prortg.sk

RTG VYŠETRENIE	SONO VYŠETRENIE
----------------	-----------------

### PACIENT:

Titul, Meno, Priezvisko :	Rodné číslo:	
Bydlisko: (ulica, číslo, PSČ, mesto)		
Kontakt: (Telefón, e-mail)	E-mail:	Kód ZP

### LEKÁR:

Titul, meno, priezvisko:	Kód lekára:	A
Kontakt: (Telefón, e-mail)	Kód zdrav. zariadenia	P

### ŠPECIFIKÁCIA VYŠETRENIA:

Orgán / oblasť vyšetrenia::			
Užšia otázka :			
Epikríza: (ochorenia, operácie, výsledky relevantných predchádzajúcich rádiologických vyšetrení)			
Klinická diagnóza:		Štatistický kód diagnózy:	
Číslo DRG prípadu:			

ŽIADANKU PROSÍME VYPÍSAŤ V 2 VYHOTOVENIACH.

Dátum vystavenia žiadanky: ..... Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára: .....

Ďakujeme Vám za odporúčanie pacienta a dôkladné vyplnenie žiadanky. Tešíme sa na ďalšiu spoluprácu. Tím pracoviska ProRTG.