



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
Adresa zdravotníckeho zariadenia:		
Kontakt: (Telefón, e-mail)	Kód zdrav. zariadenia	P

TERMÍN VYŠETRENIA:

Predchádzajúce CT vyšetrenia: (kde, kedy, orgán vyšetrenia)			
Termín vyšetrenia:	Termín oznámiť:	<input type="checkbox"/> LEKÁROVI	<input type="checkbox"/> PACIENTOVI

ŠPECIFIKÁCIA VYŠETRENIA:

Orgán / oblasť vyšetrenia::			
Užšia otázka :			
Epikríza: (ochorenia, operácie, výsledky relevantných predchádzajúcich rádiodiagnostických vyšetrení)			
Alergia:			
Klinická diagnóza:		Štatistický kód diagnózy:	

Upozornenie: PACIENT PRED VYŠETRENÍM NESMIE 6 HODÍN JEŠŤ.

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.