

PACIENT:

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

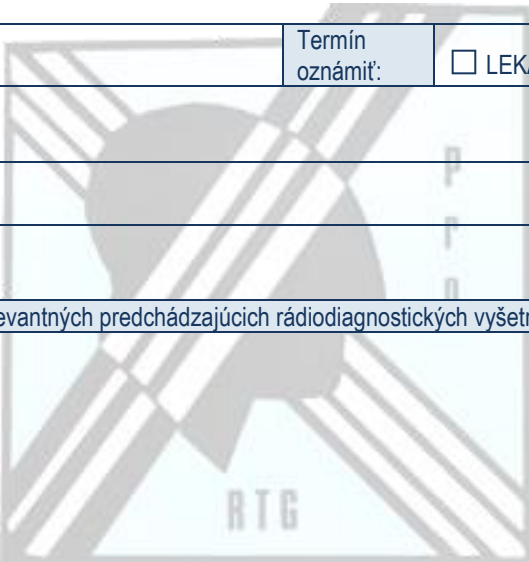
LEKÁR:

Titul, meno, priezvisko:		Kód lekára:	A
Adresa zdravotníckeho zariadenia:			
Kontakt: (telefón, e-mail)		Kód zdrav. zariadenia: (začína N,O,P,R,S,T alebo U)	

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 rádiologických vyšetrení)			
			
Alergia:			
Číslo DRG prípadu:			
Upozornenie: PACIENT PRED VYŠETRENÍM NESMIE 6 HODÍN JEŠŤ.			

ŽIADANKU PROSÍME VYPÍSAŤ V 2 VYHOTOVENIACH.

Dátum vystavenia žiadanky: Pečiatka a podpis odosielaajúceho lekára:

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