|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Priezvisko a meno:\*** | |  | | **Rod. číslo:\*** | |
| **Adresa:\*** |  | | | **Tel.pacienta:\*** | |
| **Z.P.:\*** | | | **Hmotnosť:\* (kg) :** | | **Výška:\* (cm) :** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Odosielajúce zdravotnícke zariadenie :\*** | | | | |  | | |
| **Kód oddelenia ( ambulancie ) :\*** | | |  | | | | |
| **Tel. kontakt odosielajúceho lekára :\*** | | | | |  | | |
| **Kód odosielajúceho lekára: ( ak je ním lôžkový lekár, uveďte kód primára oddelenia ! )\*** | | | | |  | | |
| **Klinická diagnóza :\*** | |  | | | | | |
|  | | | | | | | **MKCH :\*** |
| **Druh požadovaného vyšetrenia :\*** | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | |
| **Ktorá otázka má byť požadovaným vyšetrením zodpovedaná :\*** | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| *Doplňujúce klinické a laboratórne údaje :* |
|  |
|  |
| *Výsledky iných zobrazovacích metód :* |
|  |
| *Medikamentózna liečba :* |
|  |
| *Rádioterapia :* |
|  |
| *Operačné výkony :* |
|  |
| **Predchádzajúca diagnostická alebo terapeutická aplikácia rádiofarmák ( dátum, druh, prípadne výška dávky ) :\*** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dátum :\*** |  | | | **Pečiatka a podpis lekára :\*** | | |
| *Pacient objednaný na*  *vyšetrenie – deň :* | |  | | | | *hodinu :* |
| **\*Údaj povinne vypísať !** | | |  | | **Žiadanku vypíšte dvojmo a čitateľne !** | |