|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 !** |