

Dom športu – 1.poschodie

Olympijské námestie 1, 831 04 Bratislava

Telefonický kontakt: 02 200 300 11

CT

RTG

[ ]

[ ]

**Žiadanka na rádiologické vyšetrenie**

[ ]

Kontakt /tel. číslo , email:

Kód ZP:

Bydlisko:

Meno:

Rodné číslo:

Priezvisko:

nie

áno

[ ]

[ ]

[ ]

**Odosielajúci lekár**/meno, adresa, zdravotnícke zariadenie, kontakt/

nie

áno

Kód oddelenia:

Kód odosielajúceho lekára:

Bol už pacient na CT vyšetrení?

Požaduje sa výsledok z vyšetrenia na CD?

Ak áno kedy a kde?

Dátum a čas vyšetrenia:

Diagnóza slovom a číslom (MKCH):

Ktorá oblasť / orgán má byť vyšetrený:

Epikríza:

áno

Dojčenie:

Gravidita:

áno

nie

nie

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

nie

áno

3D rekonštrukcia:

[ ]

[ ]

...................................................................

Dátum:

Pečiatka a podpis indikujúceho lekára lekleklekára