

## Žiadanka na rádiologické vyšetrenie

RTG

CT

Meno: ..... Priezvisko: ..... Rodné číslo: .....

Bydlisko: .....

Kód ZP: ..... Kontakt /tel. číslo, email: .....

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

.....

Kód odosielajúceho lekára:..... Kód oddelenia: .....

Požaduje sa výsledok z vyšetrenia na CD?  áno  nie

Bol už pacient na CT vyšetrení?  áno  nie

Ak áno kedy a kde? .....

Dátum a čas vyšetrenia: .....

Diagnóza slovom a číslom (MKCH): .....

Ktorá oblasť / orgán má byť vyšetrený: .....

Epikríza: .....

.....

Gravidita:  áno  nie Dojčenie:  áno  nie

3D rekonštrukcia:  áno  nie

Dátum: .....

.....

Pečiatka a podpis indikujúceho lekára