

Žiadanka na vyšetrenie

(Vyplniť dvojmo)

RDG CT MRI USG MAMO Denzito Intervencia

Priezvisko Meno
Rodné číslo Zdravotná poisť., kód
Bydlisko Kontakt

Odosielajúci lekár
Kód PZS Kód lekára Kontakt
Termín vyšetrenia Hodina
Klinická diagnóza
Dg podľa MKCH10 Gravidita: Áno Nie Id. DRG:

Bol už pacient na objednanom vyšetrení?

Áno Nie

Oblasť / Orgán vyšetrenia

Otázka?

Alergia v anamnéze Áno Nie

Riziko aplikácie jódových kontrastných látok (určiť rizikovú skupinu) a spôsob prípravy rizikových pacientov:

Urea: Kreatinín:

EPIKRÍZA

pečiatka a podpis odosielajúceho lekára