

ŽIADOSŤ O VYŠETRENIE POČÍTAČOVOU TOMOGRAFIU (CT)

CT pracovisko, tel.: 034/28 29 800,803

PACIENT	
Meno a priezvisko:	Rodné číslo:
Adresa bydliska:	
Telefón:	Kód poisťovne:
Klinická diagnóza:	Statistický kód:
Alergie:	
Kreatinín : μmol/l	
ODOSIELAJÚCI LEKÁR	
Meno a priezvisko:	Kód lekára:
Adresa ordinácie:	
Telefón:	Kód poskytovateľa:
História vyšetrení	
Bol už pacient na CT vyšetrení?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno, kedy a kde?	
V prípade predchádzajúcich CT vyšetrení na inom pracovisku je potrebné priniesť alebo zaslať snímkovú dokumentáciu. Ďakujeme.	
EPIKRÍZA	
Orgán/oblasť, ktorá má byť vyšetrená:	
Užšia otázka:	
Termín vyšetrenia je:	
Termín vyšetrenia oznámiť:	<input type="checkbox"/> pacientovi <input type="checkbox"/> lekárovi
UPOZORNENIE	
Kontraindikácie	Gravidita, alergia na jódové kontrastné látky.
Podmienky realizácie	Na vyšetrenie príde pacient nalačno, posledná konzumácia maximálne 6 hodín pred vyšetrením.
Dátum požiadavky:	podpis a pečiatka odosielajúceho lekára:

Ďakujeme Vám za zaslanie pacienta a starostlivé vyplnenie žiadanky.