



## Žiadanka o vyšetrenie rádiofarmakom

Meno a priezvisko:*		Rod.č.:*		
Adresa:*		Tel. pacienta:*		
Z.P.:*		Hmotnosť:*		
		kg	Výška:*	cm

Odosielajúce zdravotnícke zariadenie:*	
Kód oddelenia (ambulancie):*	
Tel. Kontakt na 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, príp. výška dávky):	
Dátum:*	Pečiatka a podpis lekára:*
Pacient objednaný na vyšetrenie na deň:	hodinu:

\* Údaj je povinný!