



Žiadanka o PET/ CT vyšetrenie

Meno a priezvisko Rodné číslo.....

Bydlisko..... Zdravotná poisťovňa.....

Telef. č..... Hmotnosť..... Výška.....

Odosielajúce pracovisko.....

Meno lekára, telefónne číslo, email

Dátum a čas vyšetrenia.....

Základná klinická diagnóza – slovne a kódom

.....

.....

Ďalšie chronické ochorenia.....

.....

Alergická anamnéza.....

Priebeh ochorenia – epikríza.....

.....

.....

Liečba..... Operácie.....

.....

Laboratórne nálezy..... CT, MR, USG vyšetrenia.....

.....

.....

Dátum posledného CT príp. PET/CT.....

Otázka, ktorá má byť vyšetrením zodpovedaná.....

.....

.....

Dátum :

Pečiatka a podpis lekára