



## Žiadamka 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!

Vyhlasujem, že som bol/a, ako dotknutá osoba, informovaný/á o tom, že osobné údaje, ktoré som uviedol/a vyššie bude spracúvať Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny, so sídlom Rastislavova 43, 042 53 Košice (prevádzkovateľ) na základe svojho oprávneného záujmu a za účelom poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Prevádzkovateľ ma zároveň informoval o tom, že externým výkonom zodpovednej osoby poveril spoločnosť osobnyudaj.sk – www.osobnyudaj.sk, ako aj o tom, že viac informácií o ochrane osobných údajov nájdem na webovom sídle prevádzkovateľa – www.inmm.sk, v sekcii O nás – ochrana osobných údajov.