



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

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.