



## 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

Kód diagnózy:

Ďalšie chronické ochorenia

Alergická anamnéza .....

Priebeh ochorenia – epikríza

Liečba .....

Operácie

Laboratórne nálezy (kreatinín) ..... CT, MR, USG vyšetrenia

Dátum posledného CT príp. PET/CT .....

Otázka, ktorá má byť vyšetrením zodpovedaná

Dátum :

Pečiatka a podpis lekára