

Žádanka na scintigrafické vyšetření

Čitelně vyplní indikující lékař

Příjmení a jméno pacienta:		Odesílající oddělení (razítko s IČP a odborností):														
Číslo pojištěnce (rodné číslo):		Indikující lékař:														
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										/					Telefon lékaře.....	
								/								
Adresa pacienta:		Datum..... Podpis.....														
Telefon pacienta:																
Kód pojišťovny:	Kód diagnózy související s vyšetřením:	Váha pacienta:	Výška pacienta:													
Požadované vyšetření:																
Klinická diagnóza a stručná epikríza (vhodné přiložit ambulantní nebo propouštěcí zprávu):																
Očekávaný přínos vyšetření:																
Prosíme o dodání obrazové dokumentace dosavadních vyšetření (RTG, CT, MRI, PET) vztahujících se k požadovanému vyšetření, pokud byla provedena v jiném zdravotnickém zařízení.																
Dostupnost obrazové dokumentace: <input type="checkbox"/> ePACS <input type="checkbox"/> CD u pacienta																
Alergie: <input type="checkbox"/> ANO (specifikace) <input type="checkbox"/> NE		Gravidita: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE														
		Kojení: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE														

V případě odborných nejasností nás kontaktujte na telefonu 469 653 396.