

Žiadanka na CT vyšetrenie							
Indikujúce pracovisko/lekár							
Kontakt na indik. lekára	email:				telefón:		
Pacient	Meno:				Rodné číslo:		
Priezvisko:				Bydlisko:			
Zdrav. Poistovňa:							
Email na pacienta:				Telefón na pacienta:			
Diagnóza slovom + kódom:					Dátum a čas vyšetrenia:		
Ktorá oblasť má byť vyšetrená:							
Epikríza:							
Ktorá otázka má byť CT vyšetrením zodpovedaná?							
Zobrazovacie vyš. mimo nášho pracoviska - dovoľujeme si Vás požiadať o preposlanie predch. obrazovej dokumentácie cez T3C.							
Výsledky predchádzajúcich vyšetrení (laboratórne výsledky, operácie..):							
Výsledky:	S-Urea			S-Kreatinín:			
Alergická anamnéza:	Áno	Nie	Alergia:				
Rizikové faktory nefropatie:	Áno	Nie	Metformin v liečbe	Áno	Nie		
Dátum vypísania:			Pečiatka a podpis indikujúceho lekára				