



Objednávací protokol na scintigrafické vyšetrenie

Typ vyšetrenia:

Základné informácie pacienta

Priezvisko a meno:

Tel. pacienta:

Rodné číslo:

Kód ZP:

Hmotnosť:

Výška:

Pohlavie:

Muž

Žena

Adresa pacienta:

Email pacienta:

Dátum narodenia:

Odosielacie pracovisko

Adresa pracoviska:

Tel./fax pracoviska:

Email pracoviska:

Diagnóza a podrobné zdravotné informácie o pacientovi

Diagnóza:

Aká otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?:

Doterajšia medikamentózna liečba:

Krátka epikríza/súhrn doteraz realizovaných vyšetrení:

Potrebné je doplnenie písomnými nálezmi doteraz absolvovaných vyšetrení, resp. obrazovou dokumentáciou (CT, MRI, USG...), najlepšie na digitálnom médiu

Predch. aplikácia rádiofarmak - Dátum:

Druh vyšetrenia:

Informácie o lekárovi:

Meno lekára:

Kód lekára:

Dátum:

Kód pracoviska:

Pečiatka a podpis lekára: Podpis pacienta:

Svojim podpisom lekár prehlasuje, že pacienta vyšetřil a považuje Scintigrafické vyšetřenie za vhodné a predpokladá jeho prínos pre ďalší osud pacienta. Vyšetřenie považuje za neodkladné!

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol poučený a súhlasím s vyšetřením.



IZOTOPCENTRUM

IZOTOPCENTRUM, s.r.o.

Oddelenie Nukleárnej Medicíny

Rázusova 24, 949 01 Nitra

Doplňujúce informácie

