



Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.
Heydukova 10, 812 50 Bratislava
www.ousa.sk

ŽIADANKA NA VYŠETRENIE

II. Rádiologická klinika

VYŠETRENIE POČÍTAČOVOU TOMOGRAFIU (CT)

K/RD-2

Rodné číslo:		Kód PZS odosielaťujúceho lekára:	
Priezvisko:		Kód odosielaťujúceho lekára:	
Meno:		Tel. číslo/Email: *	
Muž: ☐ Žena: ☐	Adresa:	Kód PZS odporúčajúceho lekára:	
		Kód odporúčajúceho lekára:	
Tel. číslo:		Názov a sídlo organizácie (adresa fakturácie):	
Kód ZP: ☐ ☐ ☐ ☐	Samoplatca: ☐	IČO:	DIČ:
EÚ poistenec: ☐	Kód krajiny EÚ: ☐ ☐	Poznámka lekára:	
Č. pacienta/ID hospitalizačného prípadu:			
Poznámka: EÚ poistenci: K žiadanke treba priložiť kópiu preukazu poistenca.		Pečiatka a podpis lekára:	
Základná diagnóza: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
Iné diagnózy: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
Dátum vyšetrenia:	Čas vyšetrenia:		
Dátum vystavenia žiadanky:	* Nepovinný údaj		

Typ/rozsah požadovaného vyšetrenia:

Diagnostická otázka:

Epikríza (ochorenia, operácie, absolvovaná konzervatívna liečba – typy a časové údaje, toxicita):

Krátky súhrn doterajších relevantných laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení:

Alergická anamnéza:

Renálne parametre (sérový kreatinín a urea, prípadne glomerulárna filtrácia):

Iné stavy predstavujúce riziko pre CT vyšetrenie a podanie jódovej kontrastnej látky (plánovaná alebo prebiehajúca liečba rádiojódom, neliečená hypertyreóza, liečba perorálnymi antidiabetikami, feochromocytóm, mnohopočetný myelóm):

Ostatné (zvýšený vnútroočný tlak, benígna hyperplázia prostaty, tachyarytmia):

Bol už pacient na CT vyšetrení? Ak áno, kedy a s akým výsledkom?

K vyšetreniu prosíme dodať relevantnú staršiu obrazovú dokumentáciu (CT, MR).

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol poučený a súhlasím s vyšetrením.

pacient