



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

ŽIADANKA NA VYŠETRENIE

Klinika nukleárnej medicíny

Gamagrafické vyšetrenie

K/NM-2

Rodné číslo:		Kód PZS odosielaťujúceho lekára:		Poznámky:
Priezvisko:		Kód odosielaťujúceho lekára:		
Meno:		Tel. číslo:		
Adresa:		Email:		
		Názov a sídlo organizácie (adresa na doručenie výsledku):		
Tel. číslo pacienta:				
Kód ZP:		Samoplatca:		
EÚ poistenec:		Kód krajiny EÚ:		
Základná diagnóza:		Vyšetrenie počas hospitalizácie:		
		ID hospitalizačného prípadu:		
Diagnóza (slovom):		Vyšetrenie ambulantne:		
		Pečiatka a podpis lekára:		
Dátum vystavenia žiadanky:				

Typ požadovaného vyšetrenia:

Epikríza a súhrn najnovších výsledkov laboratórnych, histologických a zobrazovacích vyšetrení (PET/CT, gamagrafie, CT a MRI vyšetrenia priložiť na CD / preposlať cestou T3C):

Aká otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?

Doterajšia liečba:

Výška pacienta:

Hmotnosť pacienta:

Poznámka: Pre správne zobrazenie obsahu dbajte na to, aby text v jednotlivých bunkách tabuľky neprekročil ich veľkosť. Ak text presiahne rozmery bunky, nemusí sa zobraziť korektne. Nekompletné vyplnené žiadanky nebudú akceptované!

