

Futurum s. r. o., pracovisko POČÍTAČOVEJ TOMOGRAFIE / CT,

Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica, Nemocni ná 986, Považská Bystrica 017 01

Tel. : 042 / 43 04 477

ŽIADANKA NA CT VYŠETRENIE

Meno a priezvisko pacienta:

Rodné číslo:

Pois ov a:

Bydlisko pacienta (vrátane PS):

Telefonický kontakt na pacienta:

Hmotnos pacienta:

Odosielajúci lekár (meno, adresa zdrav. zariadenia, PS):

Telefón:

Termín vyšetrenia: Dátum:

Hodina:

Gravidita:

Alergia:

Bol už pacient na CT vyšetrení? Kedy? Kde?

Ktorý orgán (oblas) má by vyšetrený?**Klinická otázka, ktorá má by zodpovedaná?****Základná klinická diagnóza (slovne + íselný kód) a stru ná epikríza:****Výsledky predchádzajúcich RDG vyšetrení a alšie podstatné anamnestické údaje:****UPOZORNENIE:**

Pacienti pred CT vyšetrením (s predpokladanou aplikáciou kontrastnej látky) nesmú 6 hodín jes !
Príjem tekutín (voda, aj) sa odporú a.

Som si vedomý/á/ negatívnych ú inkov ionizujúceho žiarenia,
súhlasím s vyšetrením a s eventuálnym podaním kontrastnej látky.

.....
Podpis pacienta

S vyplnenou žiadankou zašlite celú zdravotnú písomnú a obrazovú dokumentáciu vz ahujúcu sa ku klinickej otázke a kartu poistenca.

Kód lekára:

Kód zdrav. zariadenia:

Dátum vystavenia:

.....
Podpis a pe iatka odosielajúceho odborného lekára