

CT Žiadanka o vyšetrenie počítačovou tomografiou

Meno a priezvisko Rodné číslo

Bydlisko

Odosielajúci lekár (meno, adresa zdrav.zariadenia, telefón)

.
.

Pacient objednaný na hod.

Bol už pacient na CT vyšetrení? Kedy? Kde?

Ktorý orgán sa má vyšetriť?

Ktorá otázka má byť CT vyšetrením zodpovedaná?

Epikríza:

5`Yf[]W_z`UbUa bf nU.

? fYU]bϕ.

I fYU.

Klinická Dg. (slovom):

Štatistický kód

Výsledky iných zobrazovacích vyšetrení (RTG, UZ, gamagrafia, iné):

Alergická anamnéza:

Požiadavka na narkózu:

U p o z o r n e n i e : Žiadame o dôsledné dodržanie termínu, najmä hodiny vyšetrenia. Pacient nesmie byť najmenej 6 hodín pred vyšetrením. Hospitalizovaní pacienti musia mať priložený chorobopis a prípadnú rtg dokumentáciu.

Vypisovať dvojmo a strojom!

Dátum:

Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára

CT nález:

Dátum vyšetrenia: