



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

ŽIADANKA NA VYŠETRENIE

Klinika nukleárnej medicíny

PET/CT mozgu s flutemetamolom (¹⁸F)

K/NM-3

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

Diagnóza (slovom):

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

Doterajšia liečba:

Aká otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?

Aká liečba je plánovaná?

Výška pacienta:

Hmotnosť pacienta:

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

_____ pacient

Výkon môže indikovať lekár s odbornosťou 004, 005 a 074.

Nekompletne vyplnené žiadanky nebudú akceptované!

Klinika nukleárnej medicíny LF UK a OÚSA a SZU a OÚSA, Heydukova 10, 812 50 Bratislava

Tel.: 02/3224 9102, Fax: 02/3224 9131, E-mail: knma@ousa.sk

www.ousa.sk

