



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: <input type="text"/>	Kód PZS odosielaajúceho lekára: <input type="text"/>
Priezvisko: <input type="text"/>	Kód odosielaajúceho 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	

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