



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

# ŽIADANKA NA VYŠETRENIE

Klinika nukleárnej medicíny

## PET/CT s fluorodopou (<sup>18</sup>F) (FDOPA)

K/NM-4

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 (vrátane dynamiky onkomarkerov), histologických a zobrazovacích vyšetrení (PET/CT, gamagrafie, CT a MRI vyšetrenia priložiť na CD):

Doterajšia liečba (dátum operácie, CHT, RAT, ...):

Aká otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?

Aká liečba je plánovaná?

Výška pacienta:

Hmotnosť pacienta:

DM:      
nediabetik diéta PAD Inz.

Alergia na jód:    
Áno Nie

Imobilita:    
Áno Nie

Kreatinín (aktuálna hodnota):

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

\_\_\_\_\_ pacient

Výkon môže indikovať lekár s odbornosťou 019, 064 a 153.

Nekompletne vyplnené žiadanky nebudú akceptované!