



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

ŽIADANKA NA VYŠETRENIE

Klinika stereotaktickej rádiochirurgie

VYŠETRENIE NA STEREOTAKTICKÚ RÁDIOCHIRURGIU

K/ST-1-1

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 poistenc: <input type="checkbox"/> Kód krajiny EÚ: <input type="text"/> <input type="text"/>	Poznámka lekára / Člen BTB komisie: <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	

Subj. ťažkosti:

Trvanie ochorenia (dátum začiatku alebo trvanie):

Epikríza:

Iné ochorenia:

Chirurgická liečba (dátum a názov operácie):

Endovaskulárna liečba (dátum a výsledok):

Rádioterapia (dátum a dávka):

Rádiochirurgia (dátum a dávka):

Medikam. liečba:

Chemoterapia (dátum a dávka):



Efekt predchádz. liečby (recid., rezid., komplik., iné):

Neurol. deficit (aktuálny stav):

Histológia (dátum a výsledok):

Rádiodiagnostické:

MR (dátum a výsledok):

Veľkosť/objem (x·y·z mm alebo XX ccm):

CT (dátum a výsledok):

PET (dátum a výsledok):

AG (dátum a výsledok):

Elektrofyzologické vyšetrenia:

EEG (dátum a výsledok):

EMG (dátum a výsledok):

EP (dátum a výsledok):

Špecifické testy:

Audiogram:

Očné pozadie, vízus:

Perimeter:

Ostatné lab. výsledky:

Predchádz. BTB (dátum a záver):

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

_____ pacient