

ŽIADANKA O RÁDIOIZOTOPOVÉ VYŠETRENIE

Druh požadovaného vyšetrenia:											
Meno a priezvisko:						Rod.č.:					
Zdrav. poisťovňa:						ID DRG:					
Bydlisko:						Telefón pacienta:					
Adresa odosielajúceho lekára (zdrav. zariadenia):											
Hmotnosť:		Výška:		Alergická anamnéza:							
Klinická diagnóza (podľa MKCH):											
Otázka, ktorá má byť vyšetrením zodpovedaná (dif. dg. možnosti):											
Epikríza:											

Dátum:

pečiatka a podpis indikujúceho lekára

VYPLNÍ PRACOVISKO NUKLEÁRNEJ MEDICÍNY

Doplňujúce informácie z dokumentácie pacienta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PODANÉ RÁDIOFARMAKUM

Druh:									
Aktivita:									
Dátum:		Čas:		:					
Aplikoval:									

Informovaný súhlas pacienta (zákonného zástupcu) s rádioizotopovým vyšetrením. Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol poučený v súlade s § 6 zák.č. 576/2004 Z.z. o podstate môjho ochorenia, o liečbe a jej rizikách. Porozumel som poučeniu a s navrhovaným diagnostickým postupom súhlasím.