Oddelenie nukleárnej medicíny, Starohájska 2, 917 01 Trnava
Tel.: 033/5953383; 0948/032957; 0903/688346

ŽIADANKA O SCINTIGRAFICKÉ VYŠETRENIE

Meno a proezvisko:
Rodné číslo:
Dátum narodenia:
Číslo poisťovne:
Bydlisko:
Telefón pacienta:

Objednaný na deň:

Odosielajúci lekár:

Diagnóza:

Ktorý orgýn má byť vyšetrený:

Aká otázka má byť zodpovedaná:

Doteraz realizované vyšetenia (laboratórne, iné zobrazovacie techniky):

Krátka epikríza:

Dátum, porpis a pečiatka lekára

Upozornenie pre pacienta:

Pacient bol poučený , že v prípade nedostavenia sa na vyšetrenie bez predchádzajúceho odhlásenia mu bude účtovaná nevyužitého rádiofarmaka.

Podpis pacienta: