

ŽIADANKA O SCINTIGRAFICKÉ VYŠETRENIE

Meno a priezvisko:		Rod.č.:																	
Zdrav. poisťovňa:																			
Bydlisko:											Telefón pacienta:								
Hmotnosť:		Výška:		Alergická anamnéza:															
Objednaný na deň:																			
Odosielajúci lekár:																			
Diagnóza:																			
Ktorý orgán má byť vyšetrený:																			
Aká otázka má byť zodpovedaná:																			
Doteraz realizované vyšetrenia (laboratórne, iné zobrazovacie techniky):																			
Krátka epikríza:																			

Dátum, podpis a pečiatka lekára:

Podpis pacienta: