

ORTHOSPINE CLINIC - logo

Dom športu – 1.poschodie

Junácka 6, 831 04 Bratislava

Telefonický kontakt: 02 200 300 11

Žiadanka na rádiologické vyšetrenie

RTG

CT

Meno: Priezvisko: Rodné číslo:

Bydlisko:

Kód ZP: Kontakt /tel. číslo , email:

Odosielajúci lekár/meno, adresa, zdravotnícke zariadenie, kontakt/

.....

Kód odosielajúceho lekára:..... Kód oddelenia:

Požaduje sa výsledok z vyšetrenia na CD? áno nie

Bol už pacient na CT vyšetrení? áno nie

Ak áno kedy a kde?

Dátum a čas vyšetrenia:

Diagnóza slovom a číslom (MKCH):

Ktorá oblasť / orgán má byť vyšetrený:

Epikríza:

.....

Gravidita: áno nie Dojčenie: áno nie

3D rekonštrukcia: áno nie

Dátum:

.....

Pečiatka a podpis indikujúceho lekára