

## Žiadanka na gamagrafické vyšetrenie

Priezvisko a meno:

Rodné číslo:

Zdravotná poisťovňa:

Výška:

Hmotnosť:

Adresa a tel. č. (mobil) pacienta:

Adresa, tel. č./fax odosielajúceho pracoviska:

Diagnóza, klinické štádium:

Dátum poslednej chemoterapie a rádioterapie:

(ak bola podaná)

Aká otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?

Má pacient alergiu na lieky, kontrastné látky alebo potraviny?

Krátka epikríza/súhrn doteraz realizovaných vyšetrení:

Na vyšetrenie pacienta odosielajte aj s relevantnou písomnou a obrazovou (CT, MRI...) dokumentáciou.

Dátum:

.....  
pečiatka a podpis lekára

.....  
kód odosielajúceho lekára

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

..... pacient