

ŽIADANKA NA PET VYŠETRENIE MOZGU NA DÔKAZ PRÍTOMNOSTI BETA-AMYLOIDU

Priezvisko a meno pacienta:

Rodné číslo:

Zdravotná poisťovňa:

Telefón pacienta:

Hmotnosť [kg]:

Výška [cm]:

Adresa pacienta:

Diagnóza, histológia, klinické štádium:

Aktuálna liečba:

Dátum poslednej operácie, chemoterapie a rádioterapie (ak bola podaná):

Aká otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?

Je pacient diabetik? Ak áno, ako je liečený (diéta, PAD, inz.)?

Áno

Nie

Popis:

Alergia na lieky, kontrastné látky alebo potraviny?

Áno

Nie

Uved'te aké:

ŽIADANKA NA PET VYŠETRENIE MOZGU NA DÔKAZ PRÍTOMNOSTI BETA-AMYLOIDU

Krátka epikríza/súhrn doteraz realizovaných vyšetrení:

Úroveň mobility pacienta:

mobilný chodí s oporou vozík ležiaci

Je pacient hospitalizovaný? Áno Nie

Dátum:

Menolekára (so špecializáciou): Kód lekára (so špecializáciou):

Adresa pracoviska:

Kód pracoviska:

Oddelenie/ambulancia:

Telefonický kontakt na odosielajúceho lekára:

Emailová adresa odosielajúceho lekára:

Prehlásenie lekára

Označením lekár prehlasuje, že pacienta vyšetřil a považuje PET/CT vyšetřenie za vhodné a predpokladá jeho prínos pre ďalší osud pacienta a vyšetřenie považuje za neodkladné

Áno

Súhlas s elektronickým spracovaním údajov:

Áno

Originál žiadanky: Posielam faxom Pacient prinesie osobne