

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

Uveďte 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:

Meno lekára (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 vyšetril a považuje PET/CT vyšetrenie za vhodné a predpokladá jeho prínos pre ďalší osud pacienta a vyšetrenie považuje za neodkladné

☐ Áno

Súhlas s elektronickým spracovaním údajov:

☐ Áno

Originál žiadanky:

☐ Posielam faxom

☐ Pacient prinesie osobne