

**Osobné údaje pacienta:**

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Adresa bydliska:

Poistovňa:

Telefónne číslo:

Výška:

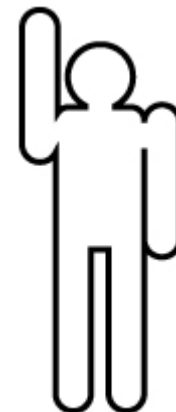
Váha:

**Údaje odosielajúceho pracoviska:**

Názov a adresa pracoviska:

Email lekára:

Tel./fax. pracoviska:



**Diagnóza a podrobné zdravotné informácie o pacientovi:**

**Kód diagnózy:**

**Operačný zákrok (typ, lokalita, dátum):**

**Chemoterapia/Biologická liečba (typ, dátum od-do):**

**Biologická liečba (typ, dátum od-do):**

**Iná liečba (typ, dátum od-do):**

**Rádioterapia (lokalita, dátum ukončenia):**

**Onkomarkery (typ, hodnota, dátum):**

**Lieči sa pacient na poruchu štítnej žľazy:**

**Je pacient diabetik, ako je liečený (diéta, PAD, inzulín):**

**Alergia na potraviny, lieky, kontrastné látky:**

**Podstúpil pacient za posledný rok nejaké iné rádiologické vyšetrenie (PET/CT, PET/MRI, CT, MR):**

**Podstúpil pacient za posledný rok nejaké iné rádiologické vyšetrenie (PET/CT, PET/MRI, CT, MR):**

**Ktorá otázka má byť vyšetrením zodpovedaná, prípadne máte inú (ďalšiu) požiadavku pri vyšetrení?**

napr. chcete doplniť vyšetrenie hlavy, prípadne končatín za iným účelom a prečo?

**Krátka epikríza:**

**Hodnota Kreatinínu:**

**Užíva pacient metformin?**

**Informácie o lekárovi:**

**Meno lekára:**

**Kód lekára:**

**Kód pracoviska:**

**Meno a Priezvisko lekára prvého kontaktu pacienta:**

**Originál žiadanky:**

**Dátum:**

**Podpis pacienta:.....**

.....  
Pečiatka a podpis lekára, kód  
lekára

**Vyšetrenie, ktoré podstúpíte, je finančne veľmi nákladné a rádioaktívna látka je objednávaná vopred. V prípade, že sa na vyšetrenie nemôžete dostaviť alebo sa nedostavíte načas, informujte nás čo najskôr, minimálne však 48 hodín pred vyšetrením na tel. čísle **+421 907 777 020****