**Žiadanka na scintigrafické vyšetrenie**

Meno a priezvisko pacienta: ............................................. Rodné číslo: ............................

Adresa bydliska: ............................................................... Kód poisťovne: ........................

Telefonický kontakt: ....................................... Hmotnosť [kg]: .......... Výška [cm]: ..............

Odosielajúce zdravotnícke pracovisko (adresa, telefonický kontakt, kód oddelenia):

Odosielajúci lekár (telefonický kontakt, kód lekára): ..........................................

Klinická diagnóza podľa MKCH, klinické štádium: .............................................

Aká otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?

Požadované vyšetrenie:

Dátum poslednej chemoterapie alebo rádioterapie (ak bola podaná): ................................

Predchádzajúca diagnostická alebo terapeutická aplikácia rádiofarmák:

Krátka epikríza a realizované vyšetrenia (písomná a obrazová dokumentácia):

Dňa: .................... ......................................................................................

 odtlačok pečiatky, kód a podpis odosielajúceho lekára

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol poučený a s diagnostickým postupom súhlasím.

 ...............................................................

 podpis pacienta