



## Objednávací protokol na scintigrafické vyšetrenie

Typ vyšetrenia:

### Základné informácie pacienta

Priezvisko a meno:  Tel. pacienta:

Rodné číslo:  Kód ZP:

Hmotnosť:  Výška:

Adresa pacienta:

### Odosielacie pracovisko

Adresa pracoviska:

Tel./fax pracoviska:  Email pracoviska:

### Diagnóza a podrobné zdravotné informácie o pacientovi

Diagnóza:  Aká otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?:

Dátum poslednej chemoterapie a rádioterapie (ak bola podaná):

Doterajšia medikamentózna liečba:

Krátka epikríza/súhrn doteraz realizovaných vyšetrení:

Potrebné je doplnenie písomnými nálezmi doteraz absolvovaných vyšetrení, resp. obrazovou dokumentáciou (CT, MRI, USG...), najlepšie na digitálnom médiu

Predch. aplikácia rádiofarmak - Dátum:  Druh vyšetrenia:

### Informácie o lekárovi:

Meno lekára:  Kód lekára:  Kód pracoviska:

Dátum: . . . . .

Pečiatka a podpis lekára: . . . . . Podpis pacienta: . . . . .

Svojím podpisom lekár prehlasuje, že pacienta vyšetřil a považuje Scintigrafické vyšetrenie za vhodné a predpokladá jeho prínos pre ďalší osud pacienta. Vyšetrenie považuje za neodkladné!

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



**IZOTOPCENTRUM**

IZOTOPCENTRUM, s.r.o.

Oddelenie Nukleárnej Medicíny

Rázusova 24, 949 01 Nitra

## Doplňujúce informácie

