**Oddelenie nukleárnej medicíny**

**Hollého 14, 081 81 Prešov**

051/7011717

**ŽIADANKA O RÁDIOIZOTOPOVÉ VYŠETRENIE**

|  |  |
| --- | --- |
| Druh požadovaného vyšetrenia:  |  |
| Meno a priezvisko:  |  | Rod.č.:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zdrav. poisťovňa:  |  |
| Bydlisko:  |  | Telefón pacienta:  |  |
| Adresa odosielajúceho lekára (zdrav.zaria | denia):  |  |
|  |
| Hmotnosť:  |  |  Výška:  |  |  Alergická anamnéza:  |  |
|  Klinická diagnóza (podľa MKCH): |  |
|  Otázka, ktorá má byť vyšetrením zodpovedaná (dif. dg. možnosti): |  |
|  |
|  Epikríza: |  |
|  |

 Dátum: pečiatka a podpis indikujúceho lekára

**VYPLNÍ PRACOVISKO NUKLEÁRNEJ MEDICÍNY**

**PODANÉ RÁDIOFARMAKUM**

Doplňujúce informácie z dokumentácie pacienta:

Druh:

Aktivita:

Aplikoval:

Dátum:

Čas:

Informovaný súhlas pacienta (zákonného zástupcu)

s rádioizotopovým vyšetrením Svojím podpisom

potvrdzujem, že som bol poučený v súlade

s § 6 zák.č. 576/2004 Z.z. o podstate môjho

ochorenia, o liečbe a jej rizikách. Porozumel

som poučeniu a s navrhovaným diagnostickým

postupom súhlasím.

Podpis pacienta:

**www.vivamed.sk**