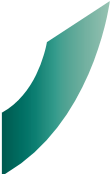
**Oddelenie nukleárnej medicíny**



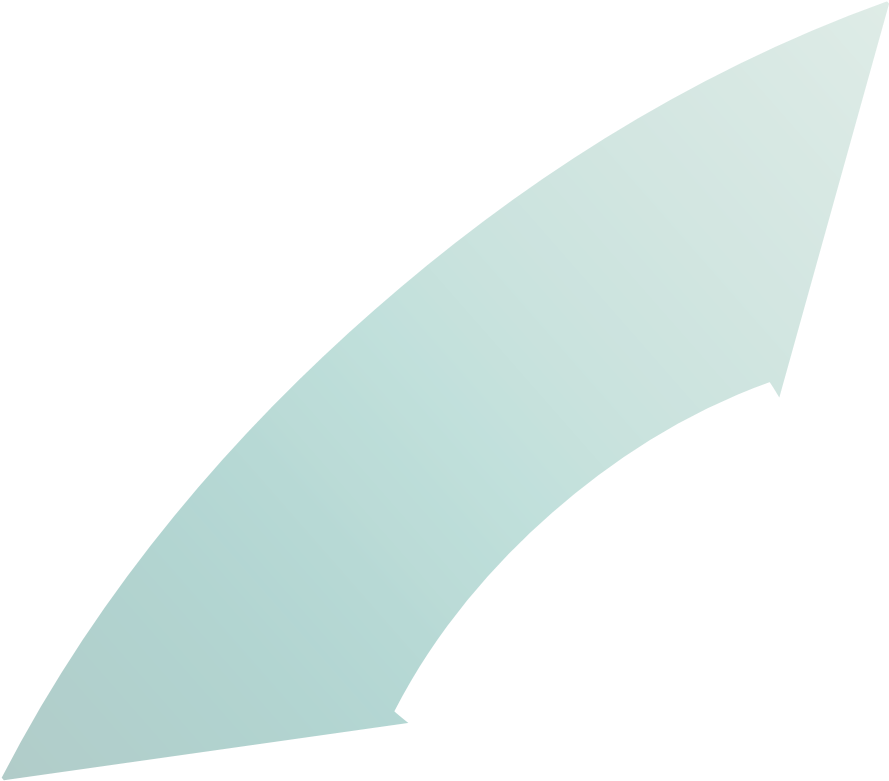
**Hollého 14, 081 81 Prešov**

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**