

---

**Žiadanka o scintigrafické vyšetrenie**

(vypisovať 2 x)

**Meno a priezvisko:**

**Zdravotná poisťovňa:**

**Rodné číslo:**

**Výška:**

**Hmotnosť:**

**Adresa a tel. č. pacienta:**

**Adresa a tel. č. odosielajúceho pracoviska, meno a kód lekára:**

**Klinická diagnóza:**

**Kód diagnózy:**

**Dátum poslednej chemoterapie a rádioterapie:**

**Dátum a záver posledného scintigrafického vyšetrenia:**

**Požadovaný druh scintigrafického vyšetrenia:**

**Krátka epikríza/súhrn doteraz realizovaných vyšetrení:**

(písomná a obrazová dokumentácia – CT, MR, príp. iná)

**Aká otázka má byť vyšetrením zodpovedaná:**

**Alergia:**

**Doterajšia medikamentózna liečba:**

**Dátum:**

.....  
pečiatka, podpis a kód lekára

*Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol ošetrujúcim lekárom poučený o prínose navrhovaného vyšetrenia rádiofarmakom a o potrebe vyhýbania sa priamemu kontaktu s tehotnými ženami a deťmi v danom dni, kedy sa vyšetrenie realizuje (24 hodín), že som poučeniu porozumel a s vyšetrením súhlasím.*

.....  
podpis pacienta