

Datum vyšetření:

Čas vyšetření:

ČITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ!

Pacient Jméno: Příjmení: Adresa:	Odesílající zařízení (event. čitelné razítko), kam bude nález zaslán: Jméno indikujícího lékaře: IČP:
Rodné číslo:	Váha:
Tel. pacienta:	Pojišťovna:
Odesílající diagnóza slovy/číslem	
Alergické projevy v anamnéze:	
Orgán či oblast, která má být vyšetřena:	
Stručná epikriza:	
Problém, který má CT vyřešit:	
Výsledky předchozích vyšetření: (CT, sono, rtg, laboratorní testy, předchozí operační zákroky atd.)	
Upozorňujeme, že pro srovnání s předchozím vyšetřením je nutné zaslat předešlou obrazovou dokumentaci na náš ePACS.	
Obrazovou dokumentaci z vyšetření žádáme: - vypálit na CD/DVD a předat pacientovi ANO NE - zaslat ePACSem ANO NE	
Odesílající lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a poučení pacienta před vyšetřením.	
Nebude-li o vydání obrazové dokumentace požádáno na této žádance, dodatečně ji můžeme poskytnout na písemné vyžádání na rokycanova@multiscan.cz	

Datum:

Razítko a podpis lékaře: