



CT Martin, s.r.o., Prieložtek, 1, 036 01 Martin
tel.: 043/4222744

Žiadanka o CT MR vyšetrenie

Priezvisko a meno pacienta:..... Telefón:.....
Rodné číslo:..... Kód zdrav. poisťovne:.....
Bydlisko, Hmotnosť:.....
Odosielajúci lekár, meno, adresa, telefón, email, kód lekára a poskytovateľa ZS:.....
.....
.....

Termín vyšetrenia: deň:..... hodina:.....
Termín vyšetrenia oznámiť na adresu pacienta..... lekára.....
Bol už pacient na CT, MR vyšetrení? Kedy? Kde?:.....
Alergia v anamnéze:.....
Ktorý orgán (oblasť) má byť vyšetrený:.....
Základná klinická diagnóza (slovne a kód podľa MKCH):.....
.....

Klinická otázka, ktorá má byť CT, MR vyšetrením zodpovedaná:.....
.....
.....

Výsledky predchádzajúcich vyšetrení a podstatné anamnestické údaje:.....
.....
.....

Prítomnosť kardiostimulátora, ev. ďalších kovových implantátov v tele klienta:.....
.....
.....

Upozornenie:

Pacient nesmie jesť pred CT vyšetrením 5 hodín, pred vyšetrením MR 2 hodiny.

Pri pozit. alergickej anamnéze - CT vyš. : **nutná protialergická príprava!**

MR vyš.: pri polyvalentnej alergii, 1 – 2 hod pred vyš. 1 tbl. Dithiaden per os

S vyplnenou žiadankou (dvojmo) zašlite chorobopis klienta, obrazovú dokumentáciu predchádzajúcich vyšetrení (RTG, UZ, CT, MR, ANGIO), prípadne ich kópie vzťahujúce sa ku klinickej otázke.

Zapožičanú dokumentáciu po vyšetrení vrátime.

V prípade pozitívneho nálezu prosíme o zaslanie spätnej informácie.

.....
Dátum

.....
Odtlačok pečiatky, kód a podpis odosielajúceho lekára