

Objednán na termín:

Jméno a příjmení:	
Číslo pojištěnce (RČ):	Pojišťovna:
Adresa bydliště:	Výška: cm
Telefon:	Váha: kg
Základní diagnóza slovy:	Kód:
Jednoznačná specifikace a oblast vyšetření:	
Očekávaný přínos, podstatná anamnestická data a výsledky předchozích vyšetření:	
<p><i>Prosíme zaslat obrazová data z předchozích RTG, UZV, CT a MR vyšetření s pacientem či do PACSu Nemocnice Kyjov.</i></p>	
Diabetes mellitus:* ANO – NE Názvy užívaných PAD:	Porušené ledvinné funkce:* ANO – NE Event. hodnota kreatininu:
Alergie na léky či KL:* ANO – NE Event. uveďte název:	Těhotenství vylučují:* ANO – NE..... <i>podpis pacientky</i>
Obrazovou dokumentaci z vyšetření zapůjčuje RDG oddělení na písemné či telefonické vyžádání zdravotnického zařízení (pouze v digitální formě ve formátu DICOM). Žádám o zapůjčení obrazové dokumentace z vyšetření:* ANO - NE Způsob zapůjčení:* CD - e-PACS, Redimed (zaslat kam):	

Datum:
Indikující lékař či zdravotnické zařízení:
IČP:
Odbornost:
Razítko + podpis

Aplikující odborník: <i>Razítko + podpis</i>	Souhlas radiologa s indikací: <i>Razítko + podpis</i>
Použité ochranné pomůcky:* <input type="checkbox"/> zástěra <input type="checkbox"/> límec <input type="checkbox"/> ochrana gonád	KAP:

V případě jakýchkoliv nejasností ze strany lékaře či pacienta se prosím obraťte se svými dotazy na telefonní číslo 518 601 587 (UZV), 518 601 582 (RTG) či 518 601 590 (CT). Bez řádně vyplněné a orazítkované žádanky, **nemůže být** pacient vyšetřen. Děkujeme za pochopení.