

## Žiadanka na gamagrafické vyšetrenie

### Informácie o pacientovi:

Rodné číslo:                      Muž      Žena

Priezvisko:

Meno:

Adresa:

Tel. číslo:

E-mail:

Kód poisťovne:                      Kód dg:

Terajšie ochorenie:

### Informácie o lekárovi:

Odosielajúci lekár:

Kód PZS a kód odosielajúceho lekára:

Tel. číslo/E-mail:

Hospitalizovaný:

Oddelenie – tel. číslo:

Kód PZS a kód garanta (u hospitaliz.):

Meno garanta:

Liečba CHT do:

Posledná operácia:

Liečba RAT do:

Hormonálna terapia do:

Diagnostická otázka:

Doterajšia liečba:

Plánovaná liečba:

Výška (cm):                      Váha (kg):

Imobilita:                      Áno                      Nie

Naliehavý termín:                      Áno                      Nie

.....  
Podpis pacienta

.....  
Pečiatka a podpis lekára