

Žiadanka na vyšetrenie PET/CT s fluórdihydroxyfenylalanínom (18F) (FDOPA)

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:
ID u hospitalizovaného:
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):

Aktuálna hladina kreatinínu:

Alergia na jód: Áno Nie

Imobilita: Áno Nie

Naliehavý termín: Áno Nie

DM : nediabetik
DM na diéte
metformín
inzulín

.....
Podpis pacienta

.....
Pečiatka a podpis lekára