



Informácie o pacientovi

MENO A PRIEZVISKO

TELEFONICKÝ / EMAILOVÝ KONTAKT

RODNÉ ČÍSLO / DÁTUM NARODENIA

ČÍSLO POISTENCA / KÓD POISŤOVNE

ADRESA

VÝŠKA / VÁHA

Odosielajúci lekár

MENO A PRIEZVISKO LEKÁRA

KÓD LEKÁRA / KÓD PRACOVISKA (PRE ZP)

NÁZOV ZARIADENIA / ADRESA PRACOVISKA

TELEFONICKÝ / EMAILOVÝ KONTAKT

Požadované vyšetrenie

CBCT

RTG

SONO

MR (u partnerov)

Klinické údaje a indikácia

OBLASŤ/ORGÁN NA VYŠETRENIE

DIAGNÓZA SLOVOM / KÓD ICD

KRÁTKY KLINICKÝ POPIS / ANAMNÉZA

Laboratórne a rizikové údaje

ALERGIE

 ÁNO NIE

UVEĎTE:

IMPLANTÁTY

 ÁNO NIE

TYP:

TEHOTENSTVO

 ÁNO NIE NEVIEM

Predchádzajúce zdravotné udalosti

UVEĎTE PREDCHÁDZAJÚCE ÚRAZY, OPERÁCIE ALEBO VYŠETRENIA SÚVISIACE S AKTUÁLNE VYŠETROVANOU OBLASŤOU

KDE, KEDY, ORGÁN

PODPIS LEKÁRA / PEČIATKA