

**ŽIADANKA O VYŠETRENIE POČÍTAČOVOU TOMOGRAFIU (CT)**  
( vypisovať 2x ČITATEĽNE !)

**Rádiodiagnostické oddelenie**

Pracovisko počítačovej tomografie - CT (Nábrežná 1, Levice)

tel. č.: +421(0)36/ 63 36 225

**objednávky:** +421(0)36/ 63 15 666

Meno a priezvisko: ..... R.č.: ...../.....

Bydlisko: .....tel. číslo..... kód (ZP): .....

Klin. dg. (kód): ..... Klin. dg. (slovom): .....

Odosielajúce pracovisko (klinika/oddelenie/tel. klapka): .....

Meno a kód odosielajúceho lekára (ambulancie): .....

**Termín CT vyšetrenia:**..... **hod:**.....

**Žiadame o presné dodržiavanie termínu a času vyšetrenia!**

**Alergická anamnéza:** (Príp. kontraindikácie podania jódovej kontrastnej látky a celkovej anestézy. V prípade pozitívnej alergickej anamnézy pripraviť pacienta podľa platnej vyhlášky, resp. zabezpečiť anestéziológa. Písomne uviesť príp. farmakologickú /antialergickú/ prípravu!)

**Anamnéza, terajšie ochorenie – epikríza, rtg vyšetrenie, usg nález:**

Bol už pacient na **CT vyšetrení**?

CT vyšetrenie vykonané dňa: ..... pracovisko:.....

Záver CT vyšetrenia: .....

**Ktorý orgán (oblast) má byť vyšetrený(á):**

**Otázka, ktorá má byť CT vyšetrením zodpovedaná:**

Dátum:

.....  
podpis a pečiatka indikujúceho lekára