



**Nemocnica Dr. Vojtecha Alexandra v Kežmarku, n.o.**

**Držiteľ certifikátu ISO 9001:2008**

Rádiologické oddelenie –pracovisko CT

Tel.: 052/4512 288 – primár, 052/4512 242 – CT, 052/4512 296 – RTG vyšetrovňa

### **Žiadanka o CT vyšetrenie**

(vypísať 2x, strojom alebo na počítači)

**Priezvisko, meno:**

**Číslo poistenca(r.č.):**

**Kód poisť:**

**Dátum narodenia:**

**Bydlisko:**

**Dátum objednania:**

**Odosielajúci lekár:**

**Kód lekára:**

**Tel.:**

**Termín vyšetrenia:**

**hodina:**

**Klinická diagnóza:**

**Štatistický kód:**

**Gravidita: áno  nie**

**Bol už pacient na vyšetrení? áno  nie**

**Oblasť(orgán) vyšetrenia:**

**Ktorá otázka má byť CT vyšetrením zodpovedaná:**

**Alergia v anamnéze: áno  nie  Typ:**

**Epikríza:**

### **Výsledky predchádzajúcich RDG a laboratórnych vyšetrení:**

Potvrdzujem, že pacient je na vyšetrenie riadne pripravený a bol informovaný o dôvode a spôsobe CT vyšetrenia, ako aj o škodlivosti ionizačného žiarenia. Informovaný súhlas pacient potvrdil vlastnoručným podpisom

\_\_\_\_\_  
Pečiatka a podpis indikujúceho lekára