Oblastní nemocnice Kladno a.s.
Vančurova 1548, 272 59 KLADNO
tel.: 312 606 111 • IČ: 272 56 537

F 010 – 1

Radiodiagnostické oddělení				**Objednání tel. 312 606 353**	
PRŮVODNÍ LIST K VYŠETŘENÍ CT					
PŘÍJMENÍ, JMÉNO					
RODNÉ ČÍSLO					
ADRESA , PSČ:					
TELEFON:					
ČÍSELNÝ KÓD DG:		POJIŠŤOVNA:		Hmotnost/výška pacienta:	
POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ (OBLAST):					
KLINICKÁ DG. + EPIKRISA:					

Prosíme zapůjčit k vyšetření obrazovou dokumentaci dosavadních vyšetření vztahujících se k předmětu CT zobrazení (MR, AG, PMG, SONO, event. CT z jiného pracoviště)

Alergie v anamnéze:	**<u>Záznamy CT pracoviště</u>**
Premedikace:	**Lékař:**
	Ra. asistent:
Trpí pac. sníženou funkcí či jinou poruchou ledvin? (Pokud ano, doplňte aktuální hodnoty kreatininu):	**Kontrastní látka:**
Těhotenství:	**DLP:**
Celková anestezie:	
Indikující lékař:	**Odbornost:**
Zdrav. zařízení (adresa, PSČ) :	
Telefon, fax:	**IČZ:**
Razítko a podpis:	

! Pacient bez řádně vyplněné žádanky nebude vyšetřen !

V případě nutné a neodkladné péče, kdy neumožňuje zdravotní stav pacienta/ky podepsání informovaného souhlasu, stvrzuje indikující lékař svým podpisem tuto skutečnost a zároveň zodpovídá za premedikaci takového (rizikového) pacienta/ky.

Podpis a razítko lékaře indikujícího vyšetření:

_____

Datum a čas: _____