



ODDĚLENÍ ZOBRAZOVACÍCH METOD

ŽÁDANKA CT VYŠETŘENÍ

SurGal Clinic, s.r.o.

Drobného 38 – 40, 602 00 Brno

www.surgalclinic.cz

Objednání CT vyšetření na tel.: +420 532 149 422

Informace o pacientovi

Příjmení	Jméno	Titul	Rodné číslo	Pojišťovna
Adresa bydliště:			Tel.:	
Hmotnost pacienta (v kg)		Kód diagnózy		

Požadovaná oblast CT vyšetření:	Zvolte oblast:	Bližší specifikace:
	nativní	s kontrastní látkou*
*V indikovaných případech rozhodne o podání kontrastní látky vyšetřující lékař-radiolog.		
Klinická diagnóza a stručná epikríza (max. 900 znaků):		
Klinická otázka: (max. 200 znaků)		

Prosíme o zapůjčení obrazové dokumentace dosavadních vyšetření vztahujících se k předmětu CT zobrazení (MR, AG, RTG, SONO, event. CT z jiného pracoviště).

Doplňující informace o pacientovi:

	Ano	Ne		Ano	Ne
Diabetes			Alergie na jód		
Astma			Jiná alergie		
Klaustrofobie			V případě alergie podaná premedikace:		
Těhotenství			Kreatinin:		datum odběru:

Informace o indikujícím lékaři:

Jméno lékaře:		Zdravotnické zařízení		
IČZ:	Odbornost:	Adresa, příp. čitelné razítko:		
E-mail:				
Telefon:	Fax:			
Datum a podpis				
CT nález zaslat	poštou	e-mailem	faxem	osobně vyzvedne pacient
Obrazová dokumentace	vypálením snímku na CD		zasláním snímku na PACS	

Záznamy CT pracoviště

Vyšetřující lékař:		Radiolog. asistent:		Kontrastní látka:	
--------------------	--	---------------------	--	-------------------	--

Indikující lékař nese odpovědnost za řádné vyplnění žádanky, bez které nebude pacient ošetřen, a dále za poučení pacienta ohledně CT vyšetření dle pokynů uvedených na našich webových stránkách.