

ŽÁDANKA K VYŠETŘENÍ

Centrum diagnostiky a léčby bolestí hlavy

Jméno a příjmení:	
Rodné číslo:	
Pojišťovna:	
Telefonní kontakt na pacienta:	
První příznaky (od kdy)?	
Počet dní s bolestmi hlavy (měsíčně) v posledních 6. měsících (průměrně):	
Akutní léčba bolesti (název léku, dle potřeby nebo každý den?):	
Profylaktická léčba (dříve a nyní): Názvy preparátů, jak dlouho je bere/bral(a), přesné dávkování, důvod vysazení léčby (nedostatečný efekt, intolerance), co nemocný nesnáší, alergie:	
<p>Centrum diagnostiky a léčby bolestí hlavy je určené k upřesnění diagnózy a k nastavení optimální léčby, případně k dalšímu vedení léčby u některých pacientů. Pacient bude po přešetření dále léčen buď Centru diagnostiky a léčby bolestí hlavy nebo bude předán do běžné ambulance praktického lékaře anebo ambulantnímu specialistovi mimo FTN. Centrum je určené především k diagnostice a léčbě chronických bolestí hlavy.</p> <p>Nemocní, kteří mají krátkodobé obtíže (méně, než 6. měsíců), by měli být vyšetřeni a léčeni v ordinaci praktického lékaře nebo u ambulantního specialisty.</p> <p>Bez vyplněné žádanky nebude vyšetření provedeno (výjimkou je předání pacienta z jiného Centra).</p> <p style="text-align: right;">Odesílající lékař, IČZ (razítko) + podpis</p> <p>Datum:</p>	