OBJEDNÁNÍ: den: ..... hodina: ..... p.o. příprava od: .....

Thomayerova nemocnice RDG oddělení - CT, pavilon B2 Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 IČO: 00064190	Objednávky na CT vyšetření tel.: 261 082 640 v době provozu CT (7:15 – 15:15)	**CT**

ŽÁDANKA NA CT VYŠETŘENÍ

ČITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ

Příjmení a jméno pacienta: ..... Rodné číslo (číslo pojištěnce):	*místo pro štítek*
Adresa pacienta: .... Telefon pacienta - mobil: ..... (pro případ přeobjednání) Kód pojišťovny:	Odesílající oddělení (razítko): Indikující lékař: ..... Telefon lékaře (nebo odesílajícího oddělení): .....
Klinická diagnóza kód: ☐☐☐.☐☐	Pacient: ☐ ambulantní ☐ hospitalizovaný
Klinická diagnóza slovy: Stručná epikríza:	
Požadované vyšetření (oblast):	
Očekávaný přínos CT:	
Výsledky předchozích vyšetření (SONO, rtg, laboratorní testy, předchozí operační zákroky):	
Alergie: ☐ ANO (specifikace) ☐ NE	Námitka proti i. v. aplikaci jodové k. l.: ☐ ANO ☐ NE
Rozšířená protialergická příprava u rizikových pacientů: ☐ ANO ☐ NE	Podezření na nedostatečnou funkci ledvin: ☐ ANO, hladina sérového kreatininu: ze dne: ☐ NE
Datum:	Podpis lékaře:

Indikující lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a poučení pacienta před vyšetřením!
Součástí CT žádanky je informovaný souhlas s vyšetřením
(podepsaný pacientem i indikujícím lékařem)!

Tuto žádanku i informované souhlasy naleznete na internetu Thomayerovy nemocnice.

Upozornění: Neúplně vyplněné žádanky nebudou akceptovány!
V případě nejasností ze strany lékaře či pacienta se telefonicky obraťte na linku:
261 082 640.