

Oddělení radiologie

tel.: 844 844 885, 543 136 017, 543 136 019

Pojišťovna:

IČP:

Datum žádosti:

Odbornost:

=====

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ

RTG

UZ

CT

MG

Konzultace/druhé čtení

=====

Pacient:

Základní diagnóza:

Č. pojištěnce:

Ost. dg:

Bydliště:

Telefon pacienta:

Vyšetření objednáno na den: . . .

hodina: :

Požadované vyšetření:

Důvod požadavku, event. užší otázka:

Alergie:

Hmotnost: kg Výška: cm

Razítko a podpis lékaře: