**Univerzitná nemocnica Bratislava**

**Rádiologická klinika LFUK a UNB**

**Žiadanka na CT vyšetrenie**

|  |
| --- |
| Odosielajúce pracovisko/lekár: |
| Meno: Priezvisko: Rodné číslo:Bydlisko: Poisťovňa: |
| Dátum a čas vyšetrenia:  |
| Diagnóza slovom i číslom (MKCH): |
| Ktorá oblasť má byť vyšetrená: |
| Epikríza: |
| Ktorá otázka má byť CT vyšetrením zodpovedaná? |
| V prípade predchádzajúcich zobrazovacích vyš. – CT/MR/USG/RTG mimo nášho pracoviska si Vás dovoľujeme požiadať o prinesenie/preposlanie predch. obrazovej dokumentácie. Výsledky predchádzajúcich vyšetrení (laboratórne výsledky, operácie, atď./: |
| Laboratórne hodnoty:Urea v sére: Kreatinín v sére: |
| Alergická anamnéza: |
| Rizikové faktory pre vznik kontrastom indukovanej nefropatie: |
| Dátum: ............................................... Pečiatka a podpis indikujúceho lekára |