**Univerzitná nemocnica Bratislava**

**Rádiologická klinika LFUK a UNB**

**Žiadanka na ultrazvukové 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: |
| Dátum: ...............................................  Pečiatka a podpis indikujúceho lekára |