

MAGÁNFINANSZÍROZOTT PET/CT VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

Tisztelt Vizsgálatkérő!

A vizsgálatkérő lapot kérjük, számítógéppel vagy nyomtatott betűkkel szíveskedjen kitölteni!

Páciens adatai:

Név: _____

Állampolgárság: _____

Születési hely, idő: _____ Neme: férfi / nő

Anyja neve: _____ TAJ szám: _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Elérhetőségek: Telefon: _____ e-mail: _____

PET/CT vizsgálat elvégzését befolyásoló adatok:

Cukorbetegség:	igen	nem	Testsúly: _____	kg
Inzulin kezelés:	igen	nem	Testmagasság: _____	cm
Metformin származék szedése:	igen	nem		
Kontrasztanyag allergia:	igen	nem		
Gyógyszer érzékenység:	igen	nem		
Fertőző betegség:	igen	nem		
Klausztofóbia:	igen	nem		

Műtét: igen nem (mikor, milyen) _____

Sugárterápia: igen nem (mikor) _____

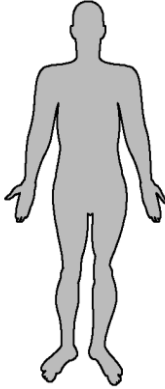
Kemoterápia: igen nem (mikor) _____

Rendszeresen szedett gyógyszerek: _____

Korábbi PET/CT vizsgálat? (mikor, hol) _____

Korábbi CT vizsgálat? (utolsó – mikor, hol) _____

Korábbi MR vizsgálat? (utolsó – mikor, hol) _____

PET/CT vizsgálat elvégzésének szükségességét felvető diagnózis(ok):	BNO-kód(ok):
Milyen kérdésre vár választ a vizsgálatról:	vizsgálandó régiók:
Rövid kórtörténeti összefoglaló:	

Nukleáris Medicina Osztály tölti ki! Vizsgálatkérő lap beérkezésének időpontja: _____ Fő indikáció: onkológia neuro-pszichiátria egyéb Megjegyzés: _____ A PET/CT vizsgálatot elvégezzük: igen nem Előjegyezhető ettől az időponttól kezdve: _____

A páciens a vizsgálat finanszírozási feltételeiről felvilágosítást kapott.

Dátum: _____

páciens/törvényes képviselő aláírása

beutaló orvos aláírása, pecsétje

**Kérjük, az orvos által kitöltött vizsgálatkérő lapot postán vagy e-mailen
(izotop@markosovszky.hu) Központunkba eljuttatni szíveskedjen!**