

COVID – Žiadanka o vyšetrenie

- o ultrazvukové vyšetrenie (USG)
- o röntgenové vyšetrenie (RTG)
- o mamografické vyšetrenie (MMG)

Priezvisko a meno: Rod.č.
 Bydlisko: Číslo poisťovne.....
 Odosielajúci lekár (meno, adresa zdrav. zar., tel):

Objednaný dňa : hodina.....

Klinická diagnóza slovom:.....
 Štatistický kód:.....

Epikríza:

Poznámka – dátum posledného mamografického (MMG) vyšetrenia:

Dátum:
 pečiatka a podpis indikujúceho lekára kód lekára / odd.

INFORMOVANÝ SÚHLAS:

Pacient alebo jeho zákonný zástupca bol v zmysle zákona č. 576/2004 poučený o plánovanom rádiologickom vyšetrení na diagnostické účely. Pacient bol poučený o alternatívach diagnostického postupu a o všetkých ďalších plánovaných vyšetrovacích metódach.

Pacient bol zrozumiteľne a jednoznačne informovaný a poučený o možných následkoch a rizikách poskytnutia i odmietnutia zdravotnej starostlivosti.

Pacient s navrhovaným postupom súhlasí, čo potvrdzuje svojim podpisom.

Dňa: Podpis:

Čestne prehlasujem, že v čase vyšetrenia nie som gravidná (ženy vo fertílno m veku)

Dňa: Podpis:

UPOZORNENIA:
Pre mamografické vyšetrenia:

Kontraindikácia – tehotenstvo; Indikácia prevencie: Po 40. roku, pri pozit. RA nad 35 rokov.

Pre sonografické vyšetrenia:

Na USG vyšetrenie brucha prichádza pacient nalačno. Ostatné USG vyšetrenia bez prípravy a obmedzení. USG močového mechúra a panvy vypíť 0,5 – 1 l tekutín 1-2 hod. pred vyšetrením.