

Pozitron Diagnosztika Kft.
1117 Budapest, Hunyadi János u. 9 -11.
Tel.:+36 1 505 8888 Fax:+36 1 505 8889
E-mail: info@pet.hu
Web: www.pet.hu



Dokumentum típusa: melléklet (me)

CT Vizsgálatkérő Lap

Dokumentum száma:me-70-M-11-001

Hatályba lép:2014.09.30.

Oldalszám:1/1

A beteg adatai:	A beutaló orvos:
Név:	Neve:
Születési idő (év,hónap, nap), hely:	Pecsétszáma: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Anyja neve:	E-mail:
Teljes lakcím:	Telefonszám / mobil:
Telefonszám / mobil:	Aláírás / pecsét: _____
TAJ: _____	Beutaló intézet neve / címe:
	Kódja (OEP): _____

Vizsgálati régió:

Klinikai iránydiagnózis:

Indikáció:

Anamnézis (szükség esetén külön lapon folytatható - korábbi leleteit csatolja):

Metformin tartalmú gyógyszert szed: Igen Nem (Ha igen, 48 órával a vizsgálat előtt és után hagyja ki!)

Terhesség biztosan kizárható: Igen Nem Szoptat-e a beteg: Igen Nem

Allergiás betegség: Nincs Van (kontrasztanyag allergia asztma ekcéma)

Ismert gyógyszerérzékenység: _____

Van-e a betegnek ismert fertőző betegsége: Nincs Van, _____

Veseelégtelenség: Igen Nem

SE Kreatinin _____ $\mu\text{mol/L}$
(70 év fölött kötelezően kitöltendő!)

Egyéb megjegyzés: