□ RTG Termín vyšetrenia:

□ USG

 ID DRG:

**Pacient** (meno a priezvisko, titul) : Rodné číslo: Číslo ZP:

Bydlisko (PČS):

**Odosielajúci lekár**( meno a priezvisko, titul):

Adresa pracoviska, tel. č. :

Kód odosielajúceho lekára:

Kód odosielajúceho poskytovateľa/ pracoviska:

**Požadované vyšetrenie – orgán, oblasť:**

**Klinická diagnóza:**  **Kód dg. (MKCH):**

**Terajšie ochorenie – epikríza** (krátka anamnéza, výsledky laboratórnych vyšetrení, dátum úrazu, užšia otázka, ktorá má byť zodpovedaná a pod.):

**Predchádzajúce vyšetrenia** ( kedy, kde, závery):

**UPOZORNENIA:**

K vyšetreniu žiadame doručiť/prepožičať kompletnú dokumentáciu z predchádzajúcich vyšetrení, ak boli vykonané a majú vzťah k predmetu zobrazenia!

**Príprava pacienta na RTG a USG na základe odporučenia indikujúceho lekára:**

 Dátum: ............................................................

 Podpis a pečiatka lekára