

**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](mailto:info@pet.hu)  
Web: [www.pet.hu](http://www.pet.hu)



Dokumentum típusa: melléklet (me)

## PET/CT Vizsgálatkérő Lap

Dokumentum száma:me-04-M-11-001

Hatályba lép:2014.09.30.

Oldalszám:1/1

### A beteg adatai:

Név:

Születési idő (év,hónap, nap), hely:

Anyja neve:

Teljes lakcím:

Telefonszám / mobil:

TAJ:

### A beutaló:

Neve:

Pecsétszáma:

E-mail:

Telefonszám / mobil:

Aláírás / pecsét:

Beutaló intézet neve / címe:

Kódja (OEP):

Testsúly:      kg              Testmagasság:      cm

Íránydiagnózis (BNO is):

Anamnézis (szükség esetén külön lapon folytatható):

A beteg: cukorbeteg (IDDM  NIDDM ) szívbeteg  vesebeteg/dializált

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, \_\_\_\_\_

Korábban - műtét:              Nem történt  Történt, időpontja \_\_\_\_\_

- kemoterápia: Nem történt  Történt, időpontja \_\_\_\_\_

- sugárterápia: Nem történt  Történt, időpontja \_\_\_\_\_

Kérjük, hogy a beteg korábbi vizsgálati eredményeit/zárójelentéseit, CT/MR filmjeit hozza magával!