

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: Születési idő (év,hónap, nap), hely: Anyja neve: Teljes lakcím: Telefonszám / mobil: TAJ: _____	Neve: Pecsétszáma: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> E-mail: Telefonszám / mobil: Aláírás / pecsét: _____ 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 <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> (Ha igen, 48 órával a vizsgálat előtt és után hagyja ki!)
Terhesség biztosan kizárható: Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Szoptat-e a beteg: Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>
Allergiás betegség: Nincs <input type="checkbox"/> Van (kontrasztanyag <input type="checkbox"/> allergia <input type="checkbox"/> asztma <input type="checkbox"/> ekcéma <input type="checkbox"/>)
Ismert gyógyszerérzékenység: _____
Van-e a betegnek ismert fertőző betegsége: Nincs <input type="checkbox"/> Van, _____
Veseelégtelenség: Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>
SE Kreatinin _____ $\mu\text{mol/L}$ (70 év fölött kötelezően kitöltendő!)
Egyéb megjegyzés: