

MAGÁNFINANSZÍROZOTT PET/CT VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

Tisztelt Vizsgálatkérő! A vizsgálatkérő lapot kérjük számítógéppel vagy nyomtatott betűkkel kitölteni szíveskedjen!

Páciens adatai:

Név: _____

Állampolgárság: _____

Születési hely, idő: _____

Neme: férfi / nő

Anyja neve: _____ TAJ szám: _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Elérhetőségek: Telefon: _____ e-mail: _____

PET/CT vizsgálat elvégzését befolyásoló adatok:

Cukorbetegség:	igen	nem	Testsúly:	_____	kg
Inzulin kezelés:	igen	nem	Testmagasság:	_____	cm
Metformin származék szedése:	igen	nem			
Kontrasztanyag allergia:	igen	nem			
Gyógyszer érzékenység:	igen	nem			
Fertőző betegség:	igen	nem			
Klaustrofóbia:	igen	nem			

Műtét: igen nem (mikor, milyen) _____

Sugárterápia: igen nem (mikor) _____

Kemoterápia: igen nem (mikor) _____

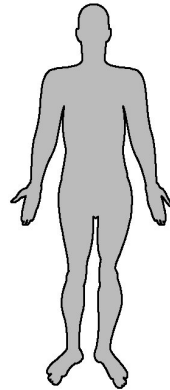
Rendszeresen szedett gyógyszerek: _____

Korábbi PET/CT vizsgálat? (mikor, hol) _____

Korábbi CT vizsgálat? (utolsó – mikor, hol) _____

Korábbi MR vizsgálat? (utolsó – mikor, hol) _____

PET/CT vizsgálat elvégzésének szükségességét felvető diagnózis(ok):	BNO-kód(ok):
---	--------------

Milyen kérdésre vár választ a vizsgálattól:	vizsgálandó régiók:
Rövid kórtörténeti összefoglaló:	
	

Medicopus Nonprofit Kft. tölti ki!

Vizsgálatkérő lap beérkezésének időpontja: _____

Fő indikáció: onkológia neuro-pszichiátria kardiológia egyéb

Megjegyzés: _____

A PET/CT vizsgálatot elvégezzük: igen nem

Előjegyezhető ettől az időponttól kezdve: _____

A páciens a vizsgálat finanszírozási feltételeiről felvilágosítást kapott.

Dátum: _____

 páciens/törvényes képviselő aláírása

 beutaló orvos aláírása, pecsétje

**Kérjük, az orvos által kitöltött vizsgálatkérő lapot postán vagy e-mailen
 (medicopus.diagnosztika@sic.medicopus.hu) Központunkba eljuttatni szíveskedjen!**