

Originál žádanky předejte na Oddělení nukleární medicíny:

- poštou: **Oddělení nukleární medicíny, B. Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice**
- e-mailem: **onm@nemcb.cz** (v takovém případě donese originál žádanky pacient v den vyšetření)

Žádanka na Scintigrafické vyšetření

Jméno a příjmení pacienta:

Adresa:

Rodné číslo:

Kontaktní telefon:

Pojišťovna:

Kód diagnózy (MKN):

Váha:

Výška:

Požadované vyšetření:

Otázka, která má být zodpovězena:

Relevantní anamnestická data:

Chronická medikace:

Předchozí zobrazovací vyšetření + zajistěte dostupnost v PACS:

Alergie

ano

ne

Specifikujte:

Těhotenství

ano

ne

Odesílající zdravotnické zařízení:

Jméno odesílajícího lékaře:

IČP:

Telefon:

Datum:

Razítko, podpis: