

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Průvodní list k vyšetření  RENTGENEM** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pracoviště MR.: | | |  |
|  | Pro Diagnostika Praha – Libeň [+420 234 770 640](tel:+420%20234%20770%20640) WWW.PRODIAGNOSTIKA.CZ |

**Pacient:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Titul, Jméno, Příjmení |  | | Rodné číslo |  |
| Bydliště (ulice, číslo, PSČ, město) |  | | | |
| Kontakt (Telefon, e-mail) |  | | Kód ZP |  |
| Tělesná váha |  | | Výška |  |
| **Lékař:** | |
| Titul, jméno, příjmení |  | | Odbornost |  |
| Adresa zdravotnického zařízení |  | | | |
| Kontakt: (Telefon, e-mail) |  | | IČP |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Specifikace RTG vyšetření:** | |
| **Vyšetřovaná oblast / orgán:** |  | |
| **Užší otázka:** |  | |
| **Epikríza:** (onemocnění, operace, výsledky předchozích zobrazovacích vyšetření – **obrazová dokumentace** **MR, CT, US, PET** | | |
|  | | |
| Číselný kód diagnózy: |  | |

**Žádanku prosíme vypsat ve dvou vyhotoveních:**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum vystavení žádanky: |  |
| Razítko a podpis odesílajícího lékaře: |  |