

Pracoviště MR.:

Pro Diagnostika Praha – Libeň +420 234 770 640 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 vypsát ve dvou vyhotoveních:

Datum vystavení žádanky:	
Razítko a podpis odesílajícího lékaře:	