

#!KORHNEV;

#!KORHCIM;

#!VKER\_VegzoOsztnév;

VIZSGÁLAT KÉR LAP

Beteg neve: #!NEV; (l.n.: #!BLEANYKORINEV;)  
Lakcíme: #!BIRSZAM; #!BVAROS;, #!BUTCA;  
Anyja neve: #!BANYJANEVE;

Születési ideje: #!SZULIDO;  
TAJ száma: #!TAJ\_TAGOLT;  
Törzsszáma: #!TORZSSZAM;

**Beküld intézet:**

**Beküld orvos:**

**Kérést indokló Dg.:** #!OSZTVZSGBEUTFODIAG; #!OSZTVZSGBEUTFODIAGNEV;

**Fekv. elhelyezés:** #!ELHELYEZES\_/jellel;

**KÉRT VIZSGÁLAT:** #!VK\_VIZSGNEV;

Vizsgálat ideje: #!VKER\_SurgossegNev; #!VKER\_KeresMikorra; #!VK\_ELOJVOLTE;

Vizsgáló: #!VK\_VIZSGALONEV; #!VK\_ORVNEV;

**Szállítás módja:** #!SZALLITASMODJASTR;

**A vizsgálat kérés indoka:**

Megjegyzés: #!VK\_MEGJEGYZES;

**Anamnézis** (fontosabb adatok a beteg anamnéziséből):

Pacemaker:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen	Allegia, asthma:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
Beépített fémprotézis:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen	Pajzsmirigy túlm. kódás:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
Aneurysma klip:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen	Terhesség:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
Kontrasztanyag allergia:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:			
Gyógyszertúlérzékenység:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:			
Diabetes:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen (gyógyszernév):			

Testsúly: kg

**KN:** mmol/l

**Kreatinin:** umol/l

**Korábbi dokumentációit hozza magával!**

#!KORHCIMVAROS;, #!VKER\_KeresIdeje;

Beküld orvos aláírása: #!VKER\_KerOrvNev;

**#!VKER\_KerOrvKod;**

(A kérést a MedWorkS rendszerben rögzítette: #!AKTUSERNEVE; #!AKTUSERKODJA;)

Beleegyez nyilatkozat

A 2. sz. tájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat tudomásul vettem.

Az esetleg szükséges **kontrasztanyag adásába beleegyzem.** \*  IGEN  NEM

Szül. korú n. betegeinket kérjük nyilatkozzanak:

**Tudomásom szerint várandós vagyok.** \*  IGEN  NEM

(\* A kívánt részt jelölje x-el)

Dátum:

.....  
radiológus aláírása

.....  
beteg / törvényes képvisel. aláírása

<b>CT labor tölti ki!</b> Orvosi utasítások:  ..... aláírás	Operátori megjegyzések:	Orvos neve:	Kontrasztanyag:	
		Operátor neve:	Felhasznált film / CD:	
		Vizsgálati idő:	Szeletszám:	No:
	Leletkiadás módja:			