

#!KORHNEV;
#!KORHCIM;
#!VKER_VegzoOsztnév;

VIZSGÁLAT KÉR LAP

Beteg neve: #!NEV; (l.n.: #!BLEANYKORINEV;)	Születési ideje: #!SZULIDO;
Lakcíme: #!BIRSZAM; #!BVAROS;, #!BUTCA;	TAJ száma: #!TAJ_TAGOLT;
Anyja neve: #!BANYJANEVE;	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 1. 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

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