

DOTAZNÍK K VYŠETRENIU NA POČÍTAČOVÚ TOMOGRAFIU (CT)

Na účely poskytnutia zdravotnej starostlivosti vyplňte, prosím, tento dotazník.

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE (identifikácia/pečiatka ZZ)

PRACOVISKO/ODDELENIE:

MIESTO:

MENO ZAMESTNANCA:

DÁTUM:

MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:

ADRESA:

KÓD ZDRAV. POISŤOVNE:

RODNÉ ČÍSLO:

EMAIL:

AKTUÁLNA HMOTNOSŤ:

kg

VÝŠKA PACIENTA:

cm

TELEFÓNNE ČÍSLO:

Váš e-mail a telefón slúži pre potreby prípadnej komunikácie, nie na zasielanie výsledkov.

Za posledné 4 hodiny ste nejedli a pili ste iba vodu, minerálku alebo nesladený čaj?

☐ áno

☐ nie

Máte alergiu na jódomé preparáty?

☐ áno

☐ nie

Máte alergiu na iné látky?

☐ áno

☐ nie

Ak áno, na aké?

V súvislosti s podaním kontrastnej látky Vám bola odporúčaná antialergická príprava?

☐ áno

☐ nie

Ak Vám bola odporúčaná antialergická príprava, bola Vám podaná?

☐ áno

☐ nie

Máte zvýšený vnútroočný tlak?

☐ áno

☐ nie

U žien – ste tehotná?

☐ áno

☐ nie

Absolvovali ste v minulosti CT vyšetrenie ?

☐ áno

☐ nie

Ak áno, v akom roku a aký orgán/oblasť boli vyšetované?

Boli ste operovaný/á?

☐ áno

☐ nie

Ako áno, aká operácia to bola a kedy bol realizovaný zákrok?

DÁTUM A MIESTO PODPISU ZDRAVOT. ZAMESTNANCA:

PODPIS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU: